



IPG

**Politécnico
|da|Guarda**
Polytechnic
of Guarda

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Licenciatura em Gestão

Ana Rita Videira Monteiro

agosto | 2014





Escola Superior de Tecnologia e Gestão
Instituto Politécnico da Guarda

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

ANA RITA VIDEIRA MONTEIRO

RELATÓRIO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE LICENCIADO EM GESTÃO

AGOSTO/2014

Ficha de Identificação

Aluno: Ana Rita Videira Monteiro

Nº. de Aluno: 1010552

E-mail: rita0910@live.com.pt

Morada: Rua da Estrada, Vivenda 5 – Montes do Jarmelo, 6300-205 Guarda

Licenciatura: Gestão

Estabelecimento de Ensino: Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico da Guarda (ESTG-IPG)

Instituição Acolhedora do Estágio Curricular: Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Morada da Instituição: Parque da Saúde, Av. Rainha Dona Amélia, 6300-858 Guarda

Contactos: Tel.: 271 200 200

Fax: 271 200 305

E-mail: geral@ulsguarda.min-saude.pt

Orientador da Instituição Recetora do Estágio Curricular: Maria Imaculada C. Ponciano

Cargo: Diretora do Gabinete de Estatística, Planeamento e Apoio à Gestão (GEPAG)

Orientador na ESTG-IPG: Manuela Figueira Neves

Duração do Estágio Curricular: 400 horas

Data de Início do Estágio: 26 de maio de 2014

Data de Conclusão do Estágio: 1 de agosto de 2014



Agradecimentos

À professora Manuela Figueira Neves por ter aceitado a árdua tarefa de ser minha orientadora de estágio, pelo seu profissionalismo e disponibilidade demonstrada desde o primeiro dia.

À Dra. Maria Imaculada Ponciano pelos ensinamentos, disponibilidade, apoio, liderança e partilha de experiências ao longo do estágio.

A todo o Gabinete de Estatística, Planeamento e Apoio à Gestão (GEPAG), da Unidade Local de Saúde da Guarda, bem como a toda a instituição, pela forma como me acolheram, ajudaram e contribuíram para meu enriquecimento a nível profissional e pessoal.

Ao Instituto Politécnico da Guarda, em especial à Escola Superior de Tecnologia e Gestão e a todos os docentes, funcionários e restantes colaboradores por fazerem esta instituição acolhedora e motivante e pelo ensino que prestam diariamente a todos nós, não só a nível académico mas também a nível pessoal.

A todos os colegas do curso de Gestão e de outros cursos, com quem partilhei experiências ao longo destes três anos letivos.

À Ana Rita Pereira, Joana Morais e Joana Almeida por estarem presentes em todos os momentos, pela dedicação, pela partilha de experiências, pelo apoio e pelas inúmeras e longas tardes de trabalho e muita animação. Ao Ivo Gonçalves, à Adriana Pires e à Marina Mota por ser terem revelado pessoas encantadoras.

A toda a minha família, em especial aos meus pais e irmã pelo apoio incondicional em todas as lutas, pelo amor e carinho e pelo esforço que fizeram sempre para que conseguisse chegar até aqui.



A todos os amigos do Grupo de Concertinas Estrelas da Serra, pela amizade, pelos momentos partilhados e pelo carinho e apoio.

Aos que direta ou indiretamente me ajudaram a chegar até aqui, me proporcionaram milhares de experiências e me ensinaram a viver e a perseguir sempre os sonhos, ainda que por vezes o caminho se revele árduo.

A todos vós, muito obrigada.



Plano de Estágio

O plano de estágio que a seguir se apresenta foi elaborado pela diretora do Gabinete de Estatística, Planeamento e Apoio á Gestão da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., doutora Imaculada Ponciano, que desempenhou o papel de tutora/orientadora do estágio curricular durante o seu decurso.

As atividades programadas para o estágio foram:

- Conhecimento da Instituição através de documentos como Planos Estratégicos, orçamentos e relatórios de Gestão e legislação que rege a ULS Guarda, E.P.E.
- Extração e tratamento de informação económico-financeira, obtida através dos sistemas de Informação da Entidade.
- Extração e tratamento da informação de produção, obtida através dos sistemas de Informação da Entidade.



Resumo

O presente relatório descreve o trabalho desenvolvido e experiência adquirida durante 400 horas de estágio curricular na Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. para deste modo interligar a aprendizagem do estágio com a aprendizagem adquirida na Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico da Guarda.

Nas próximas páginas irão ser descritas todas as atividades desempenhadas e as aprendizagens e as dificuldades sentidas ao longo da realização do estágio na Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Assim, este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo faz-se uma breve apresentação da Guarda, cidade onde se realizou o percurso académico e o próprio estágio curricular. No segundo capítulo faz-se uma apresentação da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. No terceiro capítulo procede-se à descrição das atividades realizadas ao longo do estágio curricular. Para terminar, apresenta-se uma breve conclusão, que acaba por ser uma reflexão crítica sobre todo o trabalho desenvolvido e o quanto este foi importante.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados saúde Diferenciados, Produção, dados económico-financeiros, Saúde.

Código JEL: M10; M15; M19



Índice Geral

Ficha de Identificação.....	i
Agradecimentos.....	ii
Plano de Estágio	iv
Resumo	v
Índice Geral	vi
Índice de Figuras	viii
Índice de Gráficos.....	viii
Índice de Quadros.....	xi
Glossário de Siglas	xii
Introdução.....	1
Capítulo 1. Guarda.....	2
1.1. A Cidade	2
1.2. O Distrito	3
Capítulo 2. Entidade Recetora	8
2.1. Identificação.....	8
2.2. Síntese Histórica	9
2.3. Órgãos Sociais	10
2.4. Recursos Humanos	11
2.5. Visão, Missão, Objetivos e Valores.....	13
2.6. Análise SWOT à Entidade.....	15
2.7. Constituição da Entidade e Serviços Prestados	17
Capítulo 3. Tarefas Desenvolvidas.....	22
3.1 Extração e Tratamento de Informação Económico- Financeira	24
3.2 Extração e Tratamento da Informação de Produção.....	33



3.3. Monitorização dos CSP e CSD.....	33
Conclusão	76
Bibliografia.....	78
Anexos.....	81
Anexo 1 – Contabilidade Analítica relativa aos custos do CS Guarda do 1º Semestre 2014	82
Anexo 2 – Demonstração de resultados	84
Anexo 3 - Balanço	87
Anexo 4 – Demonstração de Fluxos de Caixa.....	90



Índice de Figuras

Figura 1: Sé Catedral da Cidade da Guarda	2
Figura 2: Bolo Regional - Dom Sancho	3
Figura 3: Mapa do Distrito da Guarda.....	4
Figura 4: Composição do atual Conselho de Administração	10
Figura 5: Constituição da ULSG, E.P.E.	17
Figura 6: Sistema de Triagem de Manchester	21
Figura 7: Gabinete de Estatística, Planeamento e Apoio à Gestão.....	23

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos Habitantes dos Municípios do Distrito da Guarda.....	6
Gráfico 2: Nº de Habitantes no distrito da Guarda por Faixa Etária no ano 2013	7
Gráfico 3: Recursos Humanos da ULSG, E.P.E.....	11
Gráfico 4: EBITDA	26
Gráfico 5: Ativo Circulante e Dividas a Terceiros	28
Gráfico 6: Liquidez Geral.....	28
Gráfico 7: Liquidez Reduzida	29
Gráfico 8: Liquidez Imediata.....	30



Gráfico 9: Autonomia Financeira.....	31
Gráfico 10: Solvabilidade.....	32
Gráfico 11: Total de Inscritos no CS Guarda	35
Gráfico 12: Total de Inscritos sem Médico de Família no CS Guarda.....	36
Gráfico 13: Total de Primeiras Consultas no CS Guarda.....	37
Gráfico 14: Total de Consultas Subsequentes no CS Guarda	38
Gráfico 15: Total de Consultas Saúde de Adultos no CS Guarda	39
Gráfico 16: Consultas de Saúde Infantil no CS Guarda	40
Gráfico 17: Proporção de Crianças com 2 anos com Acompanhamento Adequado no CS Guarda	41
Gráfico 18: Proporção de Jovens com 14 anos com Consulta Médica de Vigilância e PNV no CS Guarda	42
Gráfico 19: Proporção de Inscritos com Idade Inferior ou Igual a 14 anos, com Hábitos Tabágicos no CS Guarda	43
Gráfico 20: Consultas de Saúde Materna no CS Guarda.....	44
Gráfico 21: Percentagem de Primeiras Consultas de Gravidez no CS Guarda	45
Gráfico 22: Consultas de Planeamento Familiar no CS Guarda	46
Gráfico 23: Domicílios no CS Guarda	47
Gráfico 24: Taxas de Domicílios de Enfermagem por cada 1000 inscritos no CS Guarda .	48
Gráfico 25: Proporção de Medicamentos Faturados que são Genéricos	49



Gráfico 26: Despesas de Medicamentos Faturados por Utilizador	50
Gráfico 27: Despesas de MCDT's Faturados por utilizador do SNS.....	51
Gráfico 28: Proporção de Idosos sem Ansiolíticos/Sedativos/Hipnóticos	52
Gráfico 29: Consultas Externas de Ortopedia	53
Gráfico 30: Percentagem de Primeiras Consultas no total de Consultas Externas.....	55
Gráfico 31: Situação de LE de Cirurgia da ULSG, E.P.E.	56
Gráfico 32: Nº de cirurgias Convencionais e de Ambulatório Realizadas	57
Gráfico 33: Cirurgias Urgentes e Total de Cirurgias.....	58
Gráfico 34: Transferências Internas na Especialidade de Ortopedia da ULSG, E.P.E.	60
Gráfico 35: Nº de Doentes Saídos na ULSG, E.P.E, Especialidade de Ortopedia.....	61
Gráfico 36: Doentes Saídos por Cama na Especialidade de Ortopedia da ULSG, E.P.E. ...	62
Gráfico 37: Taxa de Ocupação da Ortopedia da ULSG, E.P.E.	63
Gráfico 38: Taxa de Mortalidade da especialidade de Ortopedia da ULSG, E.P.E.	64
Gráfico 39: Demora Média da especialidade de Ortopedia da ULSG, E.P.E.	65
Gráfico 40: Urgências Gerais realizadas comparativamente com o total de Urgências.....	69
Gráfico 41: Urgências Obstétricas realizadas comparativamente ao total de Urgências	70
Gráfico 42: Urgências Pediátricas comparativamente ao total de Urgências.....	71
Gráfico 43: Regressão Linear das variáveis	74



Índice de Quadros

Quadro 1: Distribuição da População por Município do Distrito da Guarda	5
Quadro 2: Recursos Humanos da ULSG, E.P.E. entre 2011 e 2013	12
Quadro 3: Análise SWOT à entidade	16
Quadro 4: Exemplos de Códigos de Centros de Custos	24
Quadro 5: Evolução da LE da Ortopedia.....	54
Quadro 6: Lotação ULSG, E.P.E.....	59
Quadro 7: Variação de ICM da ULSG, E.P.E.	67
Quadro 8: Valores Observados.....	72
Quadro 9: Quadro de coeficientes das variáveis do modelo	73
Quadro 10: Quadro resumo do modelo de regressão	73
Quadro 11: Quadro ANOVA.....	75



Glossário de Siglas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ANOVA – *Analysis of Variance*

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CSD - Cuidados de Saúde Diferenciados

DF's – Demonstrações Financeiras

DGS - Direção Geral de Saúde

EBITDA – *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*

E.P.E. - Entidade Pública Empresarial

ESTG - Escola Superior de Tecnologia e Gestão

HSM - Hospital Sousa Martins

HNSA - Hospital Nossa Senhora da Assunção

ICM - Índice de *Case-Mix*

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPG - Instituto Politécnico da Guarda

JEL - *Journal of Economic Literature*

LE - Lista de Espera

MCDT's - Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento ou Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MF - Médico de Família

NIF - Número de Identificação Fiscal

OMS - Organização Mundial de Saúde

PF - Planeamento Familiar

PNV - Plano Nacional de Vacinação

RH - Recursos Humanos

SAP - Serviço de Atendimento Permanente

SICA - Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento



SNC – Sistema de Normalização Contabilística

SNS - Sistema Nacional de Saúde

TME - Tempo Médio de Espera

UBI – Universidade da Beira Interior

ULSG - Unidade Local de Saúde da Guarda

USF - Unidade de Saúde Familiar



Introdução

Este estágio curricular foi realizado entre os dias 26 de maio e 1 de agosto de 2014 na Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG),E.P.E nomeadamente no Gabinete de Estatística, Planeamento e Apoio à Gestão (GEPAG) e teve como objetivo a conclusão da licenciatura de Gestão para a obtenção do grau de Licenciatura em Gestão pelo Instituto Politécnico da Guarda.

Com o estágio curricular espera-se que se possam consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo dos três anos letivos de aprendizagem académica, por forma a se iniciar o percurso profissional na área escolhida. Desta forma, o estágio curricular é o primeiro contacto com essa área profissional, permitindo aclarar todas as questões que surgiam ao longo do percurso académico e desfazer algumas dúvidas em relação ao mercado de trabalho. Durante o estágio curricular são testados não só conhecimentos adquiridos durante a licenciatura mas também são postas à prova as capacidades de relacionamento interpessoal e humano e também as capacidades de iniciativa e a motivação.

O documento em questão, denominado de “Relatório de Estágio Curricular” é um documento que reflete todo o trabalho desempenhado ao longo do estágio curricular que teve por base o plano de estágio elaborado no início do mesmo.

A elaboração deste relatório segue as normas do documento Regras de Estágio/Projeto de Fim de Curso e na Adenda ao Regulamento de estágios do IPG e encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico.

O presente documento encontra-se dividido em quatro capítulos. Os primeiros dois capítulos apresentam brevemente a Guarda e a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. No terceiro capítulo encontra-se a descrição das atividades realizadas ao longo do estágio. Por fim, conclui-se com uma reflexão crítica ao estágio.



Capítulo 1. Guarda

1.1. A Cidade

A Guarda é uma cidade situada na Beira Interior Norte de Portugal e é capital de distrito. É caracterizada por ser uma cidade pequena e pacata com um clima muito característico e temperado, com meses muito quentes no verão e muito frios no inverno. Os seus habitantes são tradicionalmente surpreendidos com a cidade vestida de branco entre os meses de dezembro a fevereiro.

Foi conhecida durante muito tempo pelo seu sanatório dedicado à cura da tuberculose, pois o parque do sanatório possuía árvores em seu redor que se pensava ajudarem na cura desta doença.

É conhecida por ser a cidade dos cinco F's de Forte, Farta, Fria, Fiel e Formosa e situa-se a uma altitude máxima de aproximadamente 1 056 metros.

Um dos seus pontos turísticos mais conhecido é a Sé Catedral (Figura 1). A sua grandiosidade e imponência, juntamente com traços do estilo gótico e influências manuelinas nas suas fachadas e interiores tornam-na num dos edifícios mais belos e místicos da cidade. A Guarda recebeu a sua carta foral em 1199 dada pelo Rei Dom Sancho I, que possui hoje uma estátua no centro da cidade, junto à Sé Catedral.

Figura 1: Sé Catedral da Cidade da Guarda



Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Guarda>

Recentemente foi escolhido o bolo Dom Sancho como o bolo típico da cidade pois é composto por produtos característicos desta região, tais como o queijo da serra, o doce de ovos e a massa folhada de centeio (Figura 2). Encontra-se à venda em qualquer pastelaria da cidade e passou desde então a ser bastante procurado pelos visitantes de fora que se deslocam à cidade mais alta.

Figura 2: Bolo Regional - Dom Sancho



Fonte: <https://www.facebook.com/MunicipiodaGuarda>

1.2. O Distrito

O distrito da Guarda tem cerca de 5 518km² e limita a norte com o distrito de Bragança, a sul com o distrito de Castelo Branco, a este com Espanha e a oeste com Coimbra e Viseu. É composto por catorze municípios sendo estes: Aguiar da Beira, Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Meda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso e Vila Nova de Foz Côa (Figura 3).

Figura 3: Mapa do Distrito da Guarda



Fonte: <http://regioes.blogspot.pt/2010/02/piddac-irrisorio-para-o-distrito-da.html>

Segundo as estimativas anuais da População residente do Instituto Nacional de Estatística (INE) o distrito da Guarda teria em 2013 cerca de 155 512 habitantes, ou seja menos 23 831 habitantes do que no ano 2001. Isto equivale a uma redução da população residente do distrito de aproximadamente 13% em treze anos.

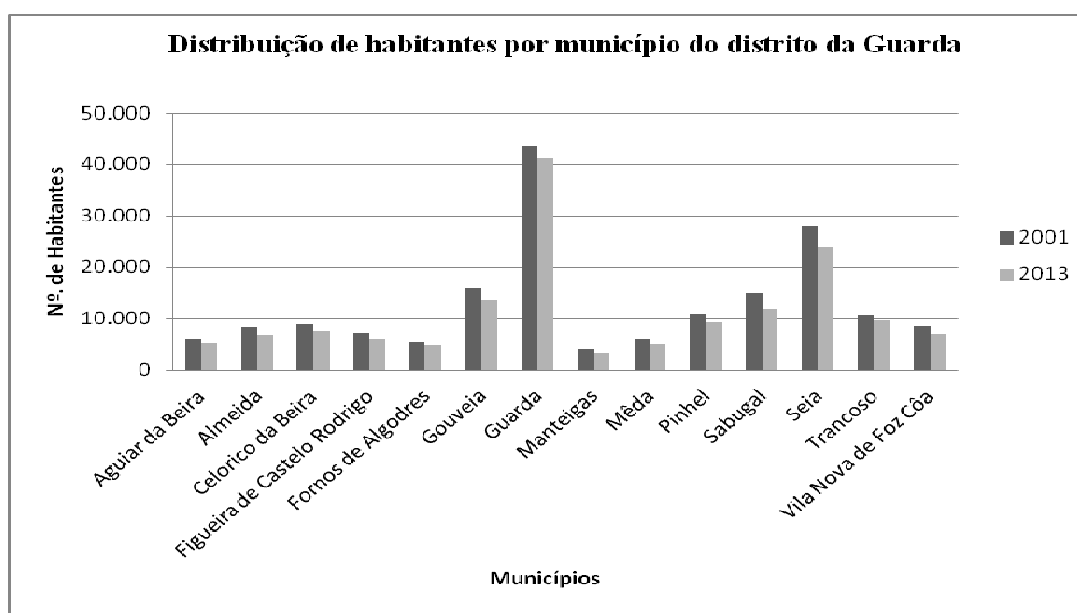
Quadro 1: Distribuição da População por Município do Distrito da Guarda

Territórios		Habitantes						Variação 2001/2013 (%)
		Total						
Âmbito Geográfico	Anos	2001	2009	2010	2011	2012	2013	
Município	Vila Nova de Foz Côa	8.448	7.519	7.392	7.270	7.160	7.043	-17%
Município	Aguiar da Beira	6.227	5.628	5.539	5.454	5.359	5.266	-15%
Município	Fornos de Algodres	5.606	5.120	5.040	4.979	4.943	4.904	-13%
Município	Gouveia	16.059	14.444	14.212	13.994	13.774	13.553	-16%
Município	Seia	28.014	25.285	24.930	24.612	24.294	23.958	-14%
Município	Almeida	8.402	7.483	7.355	7.173	6.951	6.732	-20%
Município	Celorico da Beira	8.818	7.925	7.796	7.666	7.560	7.458	-15%
Município	Figueira de Castelo Rodrigo	7.134	6.427	6.333	6.253	6.193	6.118	-14%
Município	Guarda	43.811	42.970	42.748	42.371	41.838	41.272	-6%
Município	Manteigas	4.071	3.563	3.484	3.423	3.374	3.322	-18%
Município	Meda	6.197	5.378	5.275	5.169	5.072	4.984	-20%
Município	Pinhel	10.911	9.882	9.726	9.575	9.419	9.270	-15%
Município	Sabugal	14.799	12.958	12.713	12.471	12.249	12.030	-19%
Município	Trancoso	10.846	10.090	9.986	9.869	9.741	9.602	-11%

Fonte: <http://www.pordata.pt/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Segundo o gráfico e o quadro apresentados de seguida (Gráfico 1) (Quadro 1), podemos ver que a diminuição do total de habitantes foi gradual em todos os municípios do distrito, sendo que os municípios que registaram uma maior diminuição dos seus habitantes nos últimos anos foram Almeida, Meda, Sabugal e Manteigas.

Gráfico 1: Distribuição dos Habitantes dos Municípios do Distrito da Guarda

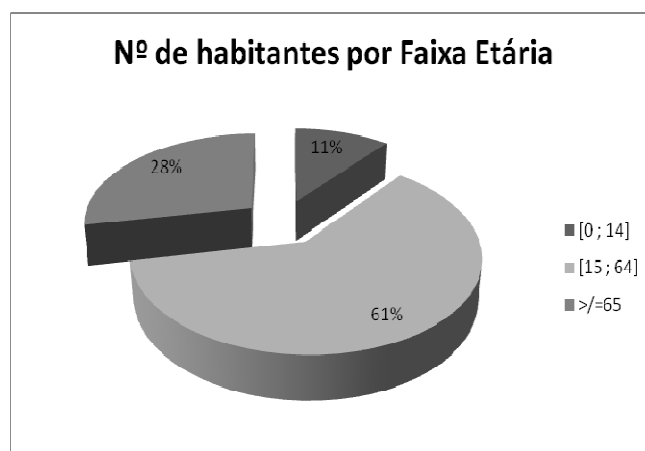


Fonte: Elaboração própria com dados retirados de www.pordata.pt

A população deste distrito caracteriza-se por ser uma população envelhecida, sendo a fatia de crianças e jovens muito reduzida.

Enquanto a faixa etária da população idosa diminuiu cerca de 3% nos últimos treze anos, as faixas etárias dos [0; 14] anos e dos [15; 64] diminuíram cerca de 31% e 13% respetivamente (Gráfico 2).

Gráfico 2: Nº de Habitantes no distrito da Guarda por Faixa Etária no ano 2013



Fonte: Elaboração própria com dados retirados de www.pordata.pt

Assim o distrito da Guarda tinha em 2013 cerca de 16 772 habitantes com idades compreendidas entre os zero e os catorze anos (menos 7 643 habitantes que em 2001), 95 003 habitantes com idades entre os quinze e os sessenta e quatro anos (menos 14 624 habitantes que em 2001) e 43 744 habitantes com mais de sessenta e cinco anos (menos 1 562 habitantes que em 2001).

Dada uma população maioritariamente envelhecida importa mencionar as condições de vida, nomeadamente o acesso à saúde por parte dos habitantes deste distrito.

Os habitantes do distrito da Guarda usufruem de dois Hospitais, um no município da Guarda e outro em Seia, treze Centros de Saúde dispersos pelos municípios do distrito, uma Unidade de Saúde Familiar na cidade da Guarda e várias extensões de Saúde espalhadas pelo distrito.

Capítulo 2. Entidade Recetora

A Unidade Local de Saúde da Guarda E.P.E.

A Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. (ULSG, E.P.E.) foi criada em Outubro de 2008 e resultante de uma fusão do Hospital Sousa Martins, do Hospital Nossa Senhora da Assunção e de doze Centros de Saúde prestadores de cuidados de saúde primários com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados e a acessibilidade dos utentes a esses mesmos serviços.

Assim a ULSG, E.P.E. presta, a cerca de 150 mil habitantes do distrito da Guarda, Cuidados de Saúde Pública, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Diferenciados e Continuados.

2.1. Identificação

Denominação Social: Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Sede: Parque da Saúde, Av. Rainha Dona Amélia, 6300-858 Guarda

Telefone: 271 200 200

Fax: 271 200 305

E-mail: geral@ulsguarda.min-saude.pt

Página WEB: <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/>

NIF: 508 752 000

Tipo de entidade: Entidade Pública Empresarial

Sector de Atividade: Prestação de Serviços de Saúde

Atual Presidente do Conselho de Administração: Vasco Júlio Morão Teixeira Lino

Entidade Reguladora: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) nomeadamente a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC)



2.2. Síntese Histórica

Existiam na Guarda no início do Séc. XX o Hospital da Misericórdia e o Sanatório Sousa Martins.

O Hospital da Misericórdia dedicou-se, até 1973, à prestação de cuidados de Enfermagem. Esteve até essa data entregue à Congregação Religiosa das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras Portuguesas.

O Sanatório Sousa Martins foi criado para combater a doença da tuberculose, visto que o Dr. Sousa Martins defendia que a cidade da Guarda oferecia condições propícias à cura dessa doença infectocontagiosa. Como na altura da sua fundação o Dr. Sousa Martins já tinha falecido, a Rainha Dona Amélia colocou o seu nome ao Sanatório.

Assim a Guarda passou a receber neste sanatório, que à data possuía moderno equipamento e ótimas instalações, doentes de todo o território português e do estrangeiro que procuravam a cura para a tuberculose.

Em 1989 o Hospital da Misericórdia e o Sanatório Sousa Martins sofreram uma agregação passando assim a constituir o Hospital Sousa Martins. Este passou então a funcionar nos pavilhões do antigo Sanatório Sousa Martins e foi construído um novo pavilhão que entrou em funcionamento em finais do ano 1997.

Em outubro de 2008 deu-se a fusão do Hospital Sousa Martins com o Hospital Nossa Senhora da Assunção em Seia e os doze centros de Saúde da Guarda. Criou-se ainda a unidade Saúde Familiar da Guarda, nascendo assim a Unidade Local de Saúde da Guarda que tomou forma de entidade Pública Empresarial.

Em maio de 2014 a ULSG, E.P.E, integrou o centro de Saúde de Vila Nova de Foz Côa (que até então pertencia à Unidade Local de Saúde do Norte), pois a distância de Vila Nova de Foz



Côa à Unidade Local de Saúde do Norte (aproximadamente 110 km) era superior à distância entre Vila Nova de Foz Côa e a Unidade Local de Saúde da Guarda (aproximadamente 78km).

Ao longo de todos estes tempos as várias mudanças pelas quais esta entidade passou, foram realizadas com vista a prestar cada vez melhores cuidados de saúde aos seus utentes.

2.3. Órgãos Sociais

Os órgãos sociais da ULSG, E.P.E. são formados segundo os estatutos desta mesma entidade, por um Conselho de Administração que exerce funções administrativas e executivas e por um Fiscal Único que controla a legalidade e gestão financeira a patrimonial da entidade.

O Conselho de administração é composto pelo Presidente do Conselho de Administração e quatro Vogais (Figura 4).

Desta maneira a nomeação do Conselho de Administração é feita pelo Conselho de Ministros enquanto a nomeação do Fiscal Único é feita pela Secretária de Estado do Tesouro e das Finanças.

Figura 4: Composição do atual Conselho de Administração



Fonte: Elaboração Própria com base em documentos consultados durante o estágio

2.4. Recursos Humanos

Para poder prestar os melhores cuidados de saúde à população, a ULSG, E.P.E. necessita de dispor de recursos humanos suficientes e com formação específica.

Assim, para além de pessoal médico e pessoal de enfermagem que ministre cuidados aos utentes da ULSG, E.P.E., a entidade necessita de recursos humanos que desempenhem cargos de chefia, que façam trabalhos administrativos, trabalhos de assistência técnica e que desempenhem outro tipo de tarefas (Gráfico 3).

Gráfico 3: Recursos Humanos da ULSG, E.P.E.



Fonte: Elaboração Própria com base no relatório de Gestão da entidade

Uma das maiores dificuldades com que todos os dias a ULSG, E.P.E. se depara é a escassez de Recursos Humanos. Ao longo de três anos, a ULSG, E.P.E. sofreu alterações na sua dimensão, passando a integrar o CS de Vila Nova de Foz Côa, aumentando desta maneira o número de utentes que recorrem à instituição, mas a variação nos recursos humanos foi quase nula. Em algumas categorias o número manteve-se estável, mas no que diz respeito sobretudo a pessoal de enfermagem, assistentes técnicos e operacionais registou-se uma diminuição (Quadro 2).

Quadro 2: Recursos Humanos da ULSG, E.P.E. entre 2011 e 2013

Categoria Profissional	2011	2012	2013	VAR. 2011/2013 (%)
Conselho de Administração	5	5	5	0%
Pessoal Dirigente	4	4	4	0%
Pessoal Médico	230	236	247	7%
Pessoal Técnico Superior de Saúde	29	28	28	-3%
Pessoal Técnico Superior	23	18	22	-4%
Pessoal Docente	2	1	1	-50%
Pessoal de Informática	10	9	10	0%
Pessoal de Enfermagem	573	564	555	-3%
Pessoal Técnico Diagnóstico e Terapêutica	102	104	100	-2%
Assistente Técnico	223	212	204	-9%
Assistente Operacional	408	382	361	-12%
Outro pessoal	2	2	2	0%

Fonte: Relatório de Gestão 2013 da entidade

2.5. Visão, Missão, Objetivos e Valores

A visão, a missão, os objetivos e os valores de uma entidade são aspetos bastantes importantes, pois transparecem para os seus *stakeholders* a linha condutora dessa mesma entidade, ou seja, o que a define, o que a motiva, qual o propósito da sua existência e quais as metas que pretende alcançar durante o seu percurso.

Visão: “A ULS Guarda, EPE constitui-se como uma referência na prestação de cuidados, na vivência comunitária, na relação com os parceiros, na formação pré e pós graduada de novos prestadores de cuidados e na área da investigação.” (Relatório de Gestão ULSG, E.P.E. , 2013).

Missão: “A ULS Guarda, EPE tem como missão proporcionar serviços públicos de saúde que permitam a maior abrangência de cuidados à população da sua área de influência e a todos os cidadãos em geral, num projeto partilhado e global que vise a obtenção de Qualidade, Acessibilidade, Eficácia e Eficiência, contribuindo também para o futuro sustentável do SNS. Desenvolve ensino e investigação de alta responsabilidade, por integrar a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e colaborar com as Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde e diferentes estabelecimentos de ensino secundário, superior e universitário.” (Relatório de Gestão ULSG, E.P.E. , 2013).

Valores:

- “**Qualidade:** excelência dos serviços prestados à população, garantindo as melhores práticas e competências, científicas e técnicas;”
- “**Humanismo:** respeito pela dignidade humana, procurando cuidados de saúde centrados nos doentes e nas suas necessidades, sem prejuízo dos direitos dos doentes e dos colaboradores internos;”
- “**Integração:** oferecer uma prestação de cuidados coordenados entre todas as unidades orgânicas que acrescente valor;”



- “**Acessibilidade:** assegurar a todos os doentes os cuidados necessários, no tempo e lugar adequados.”
- “**Sustentabilidade:** utilização dos recursos com eficiência, através de um posicionamento competitivo assente no médio/longo prazo.” (Relatório de Gestão ULSG, E.P.E. , 2013).

Objetivos:

- “Promover a obtenção de ganhos em saúde, prestando serviços contínuos e efetivos com valor acrescentado;”
- “Garantir um standard mínimo de cuidados a todos os utentes;”
- “Prevenir a doença e promover a saúde através do maior enfoque na prevenção, no diagnóstico e tratamento precoces e na educação dos doentes;”
- “Alcançar a plena integração de cuidados nas suas dimensões organizacional, clínica, administrativa, financeira, informática, normativa e sistémica;”
- “Assumir uma visão holística da prestação de cuidados partilhada e reconhecida por colaboradores, parceiros e utentes;”
- “Garantir o fácil acesso dos doentes aos cuidados de saúde adequados e em tempo útil;
- “Assegurar o ajustamento da oferta de cuidados às necessidades da população;”
- “Garantir a prestação de cuidados com equidade e igualdade a todos os doentes;”
- “Assegurar uma prestação de cuidados pautada pelo humanismo, no respeito pelos direitos dos doentes e dos profissionais;”
- “Garantir aos profissionais formação contínua adequada à melhoria do desempenho assistencial e ao progresso e realização profissionais;”
- “Potenciar uma cultura interna focada na aquisição de competências transversais e no trabalho de equipa;”
- “Desenvolver o ensino e a investigação científica qualificados”

(Relatório de Gestão ULSG, E.P.E. , 2013).



2.6. Análise SWOT à Entidade

A análise SWOT a uma entidade é um método de análise interna e externa. A análise interna é realizada através da análise dos seus pontos fortes (variáveis que a entidade desempenha bem) e dos pontos fracos (variáveis em que o desempenho fica aquém do ideal).

A análise externa, analisando o meio envolvente através da identificação das ameaças e oportunidades nele existente. Assim é possível perceber quais os aspetos em que a entidade deve investir futuramente, por forma a eliminar carências a nível da sua *performance*.



Quadro 3: Análise SWOT à entidade

<p>Análise SWOT</p>	<p>Pontos Fortes:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Parcerias entre a ULSG,E.P.E. e as instituições IPG e UBI; * Boa Localização geográfica, com boas vias de acesso; *Novas instalações do HSM inauguradas em Maio de 2014; 	<p>Pontos Fracos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Carência de Recursos Humanos a todos os níveis da entidade; *Página da internet muito pouco completa; * Existência de listas de espera extensas;
<p>Oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Utentes mais informados, mais exigentes e conhecedores do Sistema de Saúde; *Fluxo de Médicos Internos nas instituições de ensino superior; 	<p>Manter as parcerias com as entidades realizadas até ao momento e celebrar parcerias com outras instituições de ensino superior.</p>	<p>Melhoria da página da ULSG, E.P.E. por forma a apoiar os utentes no acesso à informação.</p> <p>Definir novas estratégias, com base nas entidades de referência do sector por forma a atrair profissionais.</p>
<p>Ameaças:</p> <ul style="list-style-type: none"> * População cada vez mais envelhecida; *Possível fecho das especialidades quando o nível de atividade é inferior ao previsto; * Conjuntura económica atual; 	<p>Investir cada vez na gestão com vista ao melhoramento e proximidade com o utente.</p> <p>Tentativa de redução de custos desnecessários nos edifícios.</p>	<p>Sensibilização junto da população para os cuidados de Saúde.</p>

Fonte: Elaboração Própria



2.7. Constituição da Entidade e Serviços Prestados

A ULSG, E.P.E. é constituída por três diferentes patamares de prestação de cuidados de saúde, os cuidados de Saúde primários, cuidados diferenciados e cuidados continuados (Figura 5).

Figura 5: Constituição da ULSG, E.P.E.



Fonte: Elaboração própria com base em documentação fornecida durante o estágio

Cuidados de Saúde Primários:

Os cuidados de Saúde Primários são constituídos pela Unidade Saúde Familiar “A Ribeirinha” e por treze Centros de Saúde (CS).

CS Almeida	CS Gouveia	CS Sabugal
CS Celorico da Beira	CS Guarda	CS Seia
CS Figueira de Castelo Rodrigo	CS Manteigas	CS Trancoso
CS Fornos de Algodres	CS Meda	CS Vila Nova de Foz Côa
	CS Pinhel	

Alguns dos CS possuem extensões de Saúde por forma a conseguir mais fácil e rapidamente prestar os CSP que a população necessita.

CS Almeida:

- Ext. Vilar Formoso

CS Fig. Castelo Rodrigo:

- Ext. Algodres
- Ext. Barca de Alva
- Ext. Escalhão
- Ext. Freixeda Torrão
- Ext. Vermiosa
- Ext. Reigada

CS Guarda:

- Ext. Aldeia Viçosa
- Ext. Castanheira
- Ext. Famalicão
- Ext. Gonçalo
- Ext. Guarda-Gare
- Ext. Porto da Carne

CS Manteigas:

- Ext. Sameiro
- Ext. Vale de Amoreira

CS Sabugal:

- Ext. Aldeia da Ponte
- Ext. Aldeia Velha
- Ext. Bendada
- Ext. Casteleiro

CS Gouveia:

- Ext. Alcozelo
- Ext. Cativeiros
- Ext. Folgosinho
- Ext. Melo
- Ext. Moimenta da Beira
- Ext. Nespereira
- Ext. Vila Nova de Tazem

- Ext. Rochoso
- Ext. Trinta
- Ext. Valhelhas
- Ext. Vela
- Ext. Vilar Formoso
- Ext. Videmonte

CS Pinhel:

- Ext. Alverca da Beira
- Ext. Freixedas
- Ext. Foios
- Ext. Santo Estevão
- Ext. Soito
- Ext. Vale de Espinho



CS Seia

- Ext. Loriga
- Ext. Paranhos da Beira
- Ext. Pinhanços
- Ext. Sandomil

- Ext. São Romão
- Ext. Torrozelo
- Ext. Tourais
- Ext. Vide

CS Trancoso

- Ext. Freches
- Ext. Guilherme
- Ext. Reboleiro
- Ext. Vila Franca das Naves

CS Vila Nova de Foz Côa

- Ext. Almendra
- Ext. Castelo Melhor
- Ext. Chãs
- Ext. Freixo Numão
- Ext. Sequeira

Os cuidados de Saúde Primários (CSP) englobam as consultas de Saúde do adulto, saúde infantil e jovem, saúde materna, planeamento familiar, atividades de enfermagem e domicílios e ainda o serviço de atendimento permanente (SAP), serviço esse que normalmente funciona 24h por dia e ao qual os utentes podem recorrer em caso de urgência pois dispõe de suportes básicos de vida.

Cuidados Diferenciados:

Os cuidados diferenciados da ULSG, E.P.E. são prestados pelo Hospital Sousa Martins (Guarda) e pelo Hospital Nossa Senhora da Assunção (Seia).

Os cuidados diferenciados contemplam as consultas externas, o bloco operatório, a urgência e o internamento.

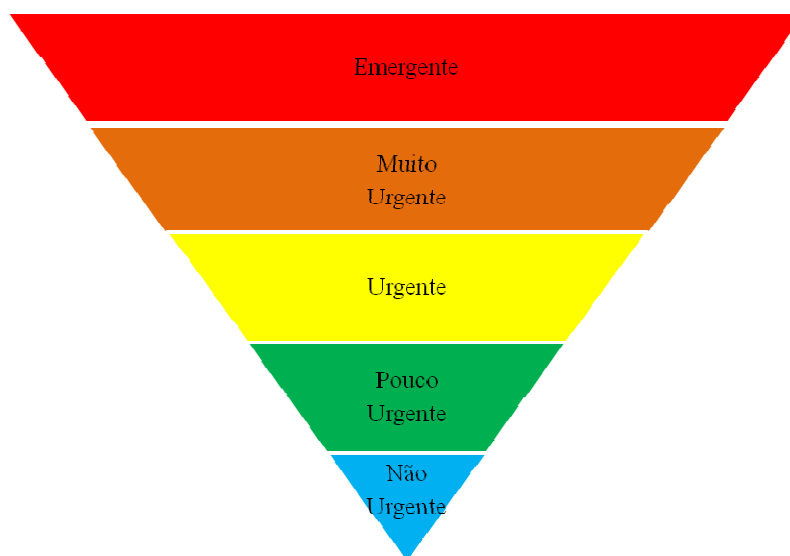
A ULSG, E.P.E. presta consultas externas nas seguintes especialidades:

- Anestesiologia (HSM e HNSA)
- Cardiologia (HSM)
- Cirurgia Geral e Pediátrica (HSM e HNSA)
- Dermo-Venerologia (HMS e HNSA)
- Ginecologia (HSM e HNSA)
- Medicina Física e Reabilitação (MFR) (HSM e HNSA)
- Medicina Interna (HSM e HNSA)
- Nefrologia (HSM)
- Neonatologia (HSM)
- Neurologia (HSM e HNSA)
- Obstetrícia (HSM e HNSA)
- Oftalmologia (HSM e HNSA)
- Oncologia Médica (HSM)
- Ortopedia (HSM e HNSA)
- Diabetologia (HNSA)
- Dor (HSM e HNSA)
- Endocrinologia e Nutrição (HNSA)
- Gastroenterologia (HSM)
- Otorrinolaringologia (ORL) (HSM e HNSA)
- Pediatria (HSM e HNSA)
- Pneumologia (HSM e HNSA)
- Psiquiatria (HSM e HNSA)
- Pedopsiquiatria (Psiquiatria Infância e Adolescência) (HSM)
- Reumatologia (HSM e HNSA)
- Urologia (HSM e HNSA)
- Psicologia (HSM e HNSA)
- Apoio nutricional e dietética (HSM e HNSA)

Bloco operatório realiza quer cirurgias convencionais quer cirurgias de ambulatório. Todas essas cirurgias são antecedidas pelas consultas externas de anestesiologia.

A ULSG, E.P.E. dispõe ainda de urgência geral, pediátrica e obstétrica. A triagem da urgência é feita segundo o sistema de triagem de Manchester (Figura 6) em que é atribuída uma cor em função do estado de saúde do utente.

Figura 6: Sistema de Triagem de Manchester



Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito ao internamento a ULSG, E.P.E. tem internamento nas especialidades de Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermato-Venereologia, Ginecologia, Medicina Interna, Neonatologia, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, AVC, U.C. Intermédios, U.C.I Coronários e Berçário.

Cuidados Continuados:

As unidades de cuidados continuados englobam a unidade de convalescença e a unidade de longa duração e manutenção (dirigidos a doentes crónicos com níveis de dependência e graus de complexidade de prestação de cuidados de saúde que não lhes podem ser ministrados ao domicílio).

Capítulo 3. Tarefas Desenvolvidas

Nas próximas páginas vão ser descritas as atividades desenvolvidas ao longo da realização do estágio curricular no Gabinete de Estatística, Planeamento e Apoio à Gestão (GEPAG).

As competências do GEPAG estão estabelecidas no artigo 42º do Regulamento Interno da Instituição. Tais competências passam pela produção de informação fiável e em tempo útil sobre a atividade da instituição, dirigida a toda a ULSG por forma a melhorar a gestão interna e dirigida às entidades superiores de tutela e aos demais *stakeholders*. É ainda da competência do GEPAG preparar documentos e informação, acompanhar, monitorizar e avaliar toda a performance da ULSG face aos objetivos estabelecidos na contratualização, quer interna quer externa, bem como produzir informação dirigida ao Conselho de Administração e demais departamentos da instituição, elaborar Planos Estratégicos e Relatórios de Atividade, realizar estudos de viabilidade económica e financeira e controlar a execução de projetos de investimento.

As tarefas desempenhadas foram realizadas diretamente com as colaboradoras do gabinete e com a responsável pelo GEPAG, que fazia a respetiva supervisão.

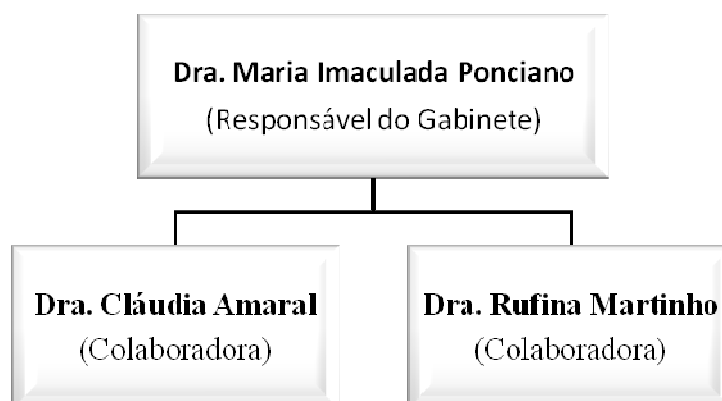
O estágio em questão realizou-se durante os cinco dias úteis da semana, com duração diária de oito horas (9h-13h; 14h-18h).

Para além de executar os pedidos que todos os dias chegavam ao GEPAG quer a nível interno quer externo e realizar todos os meses a monitorização da ULSG, E.P.E., o GEPAG executa tarefas que variam consoante a altura do mês e do ano, como por exemplo preenchimento das informações do SICA (Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento), elaboração do Plano Estratégico da ULSG, E.P.E. ou o relatório de Gestão da mesma.



O GEPAG emprega três colaboradoras, sendo uma delas a responsável pelo gabinete, que realizam todas as atividades solicitadas (Figura 7).

Figura 7: Gabinete de Estatística, Planeamento e Apoio à Gestão



Fonte: Elaboração própria

Cada elemento do Gabinete tem funções próprias, ou seja, é feita uma segregação de funções dentro do GEPAG, para que o trabalho exigido a este mesmo gabinete seja executado de forma eficaz e em tempo útil. Tal segregação de funções é explicada pela dimensão da entidade. Assim existe uma responsável pela prestação de informação da área financeira e económica, uma responsável pela prestação de informação dos Cuidados de Saúde Primários e uma responsável pelas informações dos Cuidados Diferenciados e Cuidados Continuados.

O acolhimento inicial por parte do GEPAG, o fornecimento de informação sobre a entidade e o enquadramento das atividades que iriam ser desenvolvidas ao longo do estágio contribuíram em parte para o sucesso aquando da realização dessas mesmas tarefas.

Sempre que era atribuída uma nova tarefa, era dada uma breve explicação acerca da mesma ou um breve enquadramento e no final da execução era recebido um feedback acerca dessa tarefa, por forma a melhorar aspetos quando necessário e para se conseguir perceber se a tarefa era realizada de acordo com o esperado.

3.1 Extração e Tratamento de Informação Económico- Financeira

É elaborado todos os meses pelo programa de contabilidade utilizado pela ULSG, E.P.E. um ficheiro que retrata a contabilidade analítica da entidade no mês em questão. De seguida é exportado para um documento de Excel, que é enviado para o GEPAG por forma a haver a distribuição de custos (gastos segundo o SNC) que são distribuídos pelos diversos centros.

Cada centro de custos é representado por um conjunto de códigos atribuídos a cada serviço, centro de saúde, hospital ou especialidade e que refletem qual a quantia gasta a imputar a cada um deles.

Quadro 4: Exemplos de Códigos de Centros de Custos

Centro de Custos	Código do Centro de Custos
CS Guarda	71062
Especialidade Ortopedia HSM	112081,112082, 123331
Especialidade Ortopedia HNSA	123332

Fonte: Elaboração própria com base em informação interna

Nota: A especialidade de Ortopedia HSM tem três códigos diferentes pois um serve para identificar que se refere ao HSM e os dois restantes servem para distinguir Ortopedia Mulheres de Ortopedia Homens.

Desta forma é feita uma correta contabilidade de gestão da entidade, pois é possível analisar variações de gastos e tomar decisões de forma criteriosa e correta, visto que são analisadas as principais contas de Gastos da ULSG (custos com matéria consumida, fornecimentos e serviços externos, e gastos com pessoal) (Anexo 1).

Dado o número de centros de custos existentes na entidade recorre-se à elaboração de tabelas dinâmicas e filtros no tratamento do ficheiro.



É ainda enviado para o GEPAG o balancete do período de tempo em questão para que se possam elaborar as demonstrações financeiras (DF's) necessárias (Demonstração de Resultados, Balanço e Demonstração de Fluxos de Caixa) (Anexo 2, 3 e 4 respetivamente). As DF's utilizadas não seguem os modelos do Sistema de Normalização Contabilística.

O balancete referido acima trata-se de um documento financeiro que reflete a contabilidade da entidade, pois permite analisar os movimentos a débito e a crédito que a entidade fez ao longo de determinado período de tempo, bem como os saldos acumulados das contas dessa mesma entidade.

A informação contabilística é também importante pois expressa todo o trabalho que a entidade desenvolve. Para analisar esse desempenho no que respeita aos aspetos económico-financeiros são realizados rácios com base nos gastos e rendimentos.

Os rácios são normalmente apresentados no Relatório de Gestão da entidade relativos ao ano anterior ao que esta se encontra.

EBITDA – Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization

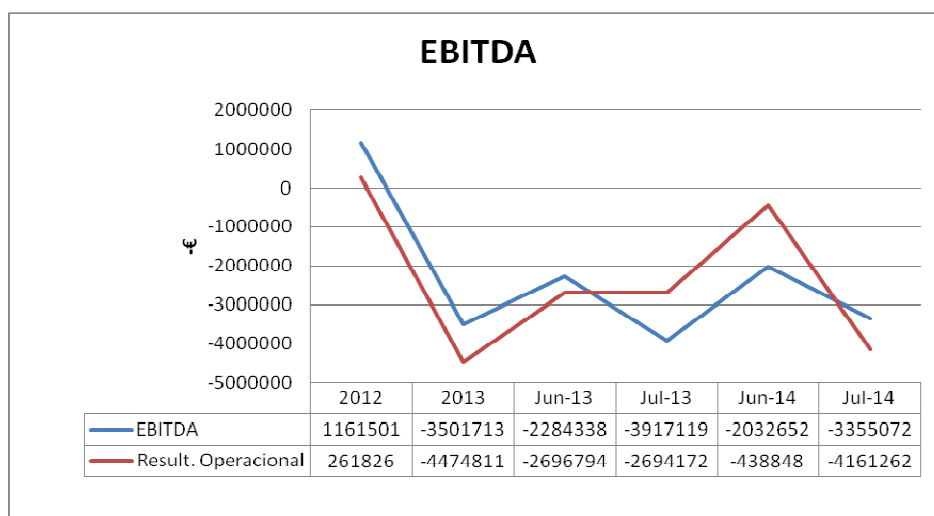
O EBITDA é um indicador financeiro que permite avaliar a produtividade de uma entidade e a sua eficiência, pois quantifica o valor gerado apenas através da sua atividade operacional.

Assim, o cálculo deste indicador é elaborado fazendo refletir no Resultado Operacional obtido pela entidade, todo o montante gasto com juros, impostos e gastos que não representam saídas efetivas de dinheiro da empresa, como é o caso das depreciações e amortizações do período.

$$***EBITDA = Result. Operacionats + Amortizações + Provisões + Impostos e juros***$$



Gráfico 4: EBITDA



Fonte: Elaboração Própria com base em dados internos

Um EBITDA negativo (Gráfico 4) revela que o desempenho operacional da entidade não é o mais adequado, ou seja a atividade operacional por si só não permite a essa mesma entidade criação de valor para a mesma.

O fluxo monetário criado pela prestação de cuidados de saúde (atividade Operacional), sem ter em conta gastos que decorrem dessa mesma atividade não contribui para resultados positivos da entidade.

Rendibilidade Operacional (Prestação de Serviços)

A Rendibilidade Operacional de uma entidade permite saber quanto contribui o rendimento da sua atividade operacional (Vendas e Prestação de Serviços) para Resultado operacional da mesma. Este rácio é calculado através do quociente do Resultado Operacional e o total de Vendas e Prestações de Serviços.

$$\text{Rendibilidade Operacional} = \frac{\text{Resultado Operacional}}{(\text{Vendas e Prestação de Serviço})}$$

No caso da ULSG, E.P.E. apenas se contabiliza o contributo da Prestação de Serviços para o Resultado Operacional, visto que é a única atividade que a entidade desempenha.

Rendibilidade Líquida

A Rendibilidade Líquida de uma entidade permite saber quanto contribui o rendimento da sua atividade operacional (Vendas e Prestação de Serviços) para total de Resultado Líquido da mesma. Este rácio é calculado através do quociente do Resultado Líquido e o total de Vendas e Prestações de Serviços.

$$\text{Rendibilidade Líquida} = \frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{(Vendas e Prestação de Serviço)}}$$

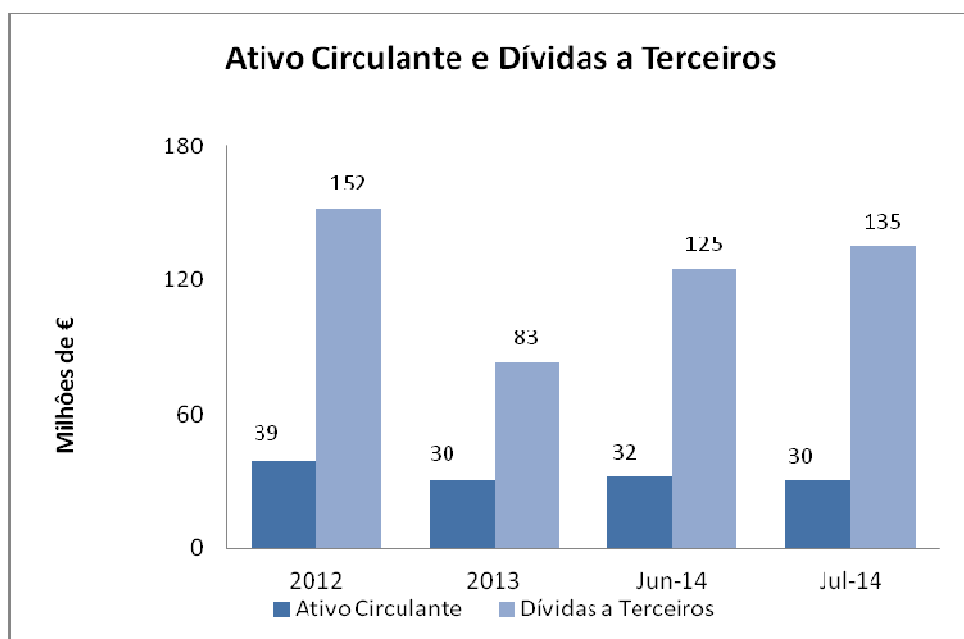
Liquidez Geral

A liquidez geral é um indicador que permite medir a facilidade com que a entidade pode fazer face às suas dívidas, pois relaciona ativos circulantes ou correntes (os ativos que são dinheiro ou facilmente convertíveis em dinheiro, normalmente existências, contas a receber e caixa e seus equivalentes), com as dívidas a terceiros.

$$\text{Liquidez Geral} = \frac{\text{Ativo Circulante (ou Ativo corrente)}}{\text{Dívidas a terceiros (ou Passivo Corrente)}}$$

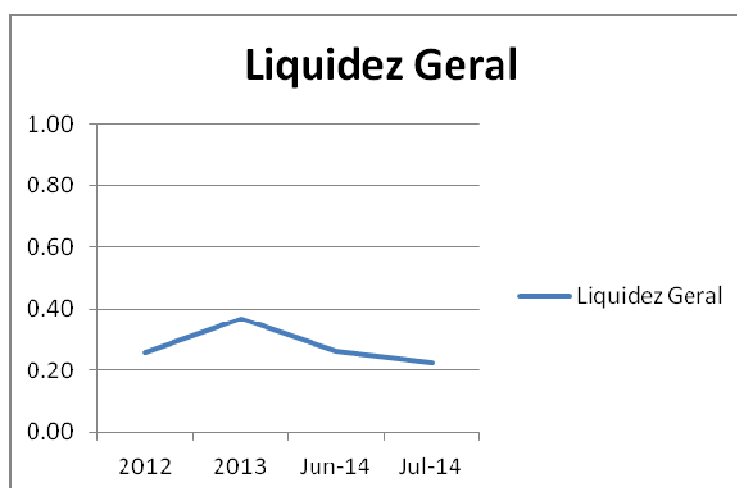


Gráfico 5: Ativo Circulante e Dívidas a Terceiros



Fonte: Elaboração Própria com base em dados internos

Gráfico 6: Liquidez Geral



Fonte: Elaboração Própria com base em dados internos

Uma liquidez geral inferior a 1 indica que as dívidas a terceiros que a entidade tem são superiores ao seu ativo circulante, ou seja se a certo momento os credores exigissem saldar as contas a entidade não teria possibilidade de fazer face a esse montante (Gráficos 5 e 6).

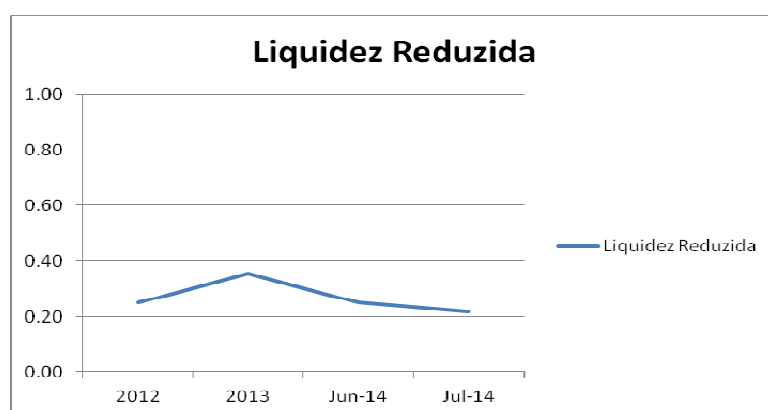
Liquidez Reduzida

A liquidez reduzida é um indicador que permite medir a facilidade com que a entidade pode fazer face às suas dívidas recorrendo apenas à caixa, equivalentes de caixa e contas a receber.

É calculada através do rácio entre o ativo circulante (exceto existências ou inventários) e as dívidas a terceiros (passivo corrente).

$$\text{Liquidez Reduzida} = \frac{\text{Ativo Circulante exceto existências}}{\text{Dívidas a terceiros (ou Passivo Corrente)}}$$

Gráfico 7: Liquidez Reduzida



Fonte: Elaboração Própria com base em dados internos

Uma liquidez reduzida inferior a 1 (Gráfico 7) indica que as dívidas a terceiros que a entidade tem são superiores ao seu ativo circulante (não tendo em conta as suas existências ou o inventários dado que é mais difícil ser rapidamente convertido em dinheiro), ou seja se a certo momento os credores exigissem saldar as contas a entidade não teria possibilidade de fazer face a esse montante.

Assim aconselha-se que a entidade alivie o seu esforço económico-financeiro diminuindo o montante das dívidas a terceiros.

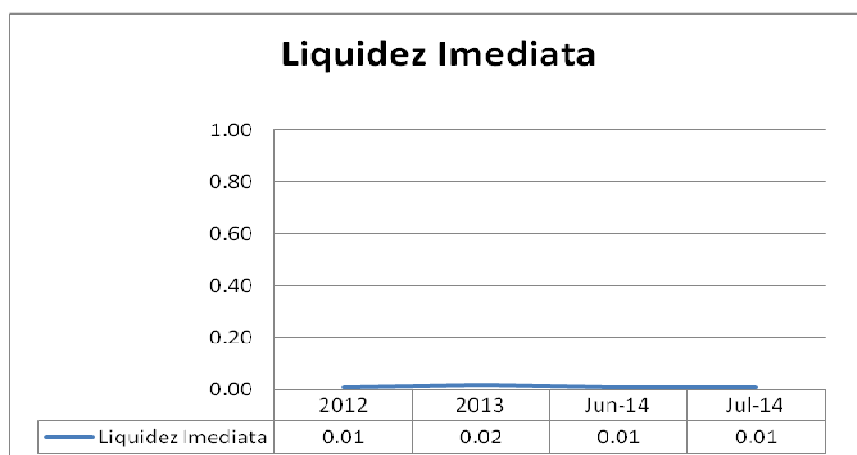
Liquidez Imediata

A liquidez imediata é um indicador que permite medir a facilidade com que a entidade pode fazer face às suas dívidas rapidamente se tal for exigido, recorrendo assim apenas às disponibilidades (caixa e equivalentes de caixa).

É calculada através do rácio entre as disponibilidades da entidade e as dívidas a terceiros (passivo corrente).

$$\text{Liquidez Imediata} = \frac{\text{Disponibilidades}}{\text{Dívidas a Terceiros}}$$

Gráfico 8: Liquidez Imediata



Fonte: Elaboração Própria com base em dados internos

A Liquidez Imediata da entidade é muito inferior a 1 (Gráfico 8), mostrando desta forma que se a entidade tivesse que recorrer apenas às suas disponibilidades, constituídas por caixa e seus equivalentes, para fazer face às dívidas que tem para com terceiros não conseguiria saldá-las.

Com base nos rácios de liquidez anteriores podemos concluir que a liquidez da entidade é diretamente influenciada pelas contas a receber (dos utentes e estado) e que as existências e disponibilidades pouco contribuem para a mesma.

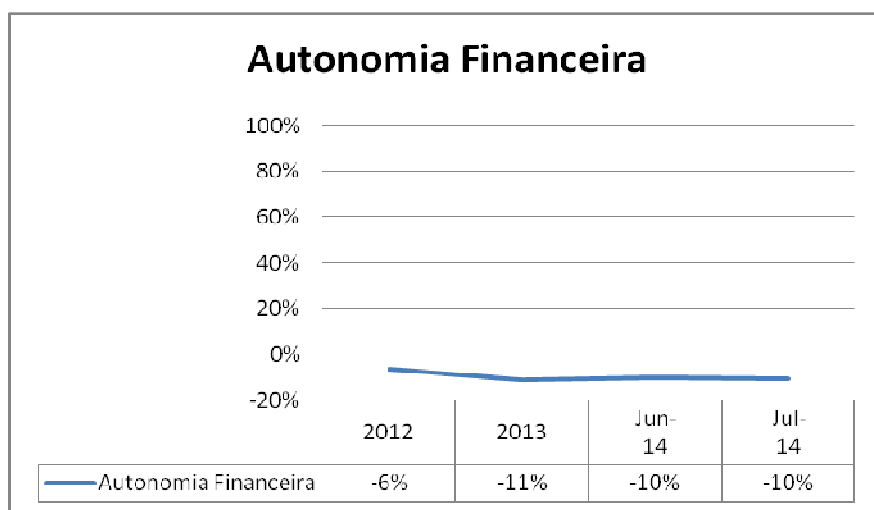
Autonomia Financeira

A Autonomia Financeira de uma entidade é um rácio que permite ter ideia da estrutura de capital dessa mesma entidade pois relaciona os Capitais Próprios com o Ativo Total Líquido (ou seja deduzido de quaisquer amortizações ou provisões), permitindo medir como os Capitais Próprios da entidade contribuem para o valor da mesma (Ativo).

$$\text{Autonomia Financeira} = \frac{\text{Capitais Próprios}}{\text{Ativo Total}}$$

O rácio de Autonomia Financeira de uma entidade encontra-se extremamente relacionado com o seu nível Endividamento, dado que a soma dos dois constitui o total de Financiamento da entidade.

Gráfico 9: Autonomia Financeira



Fonte: Elaboração Própria com base em dados internos

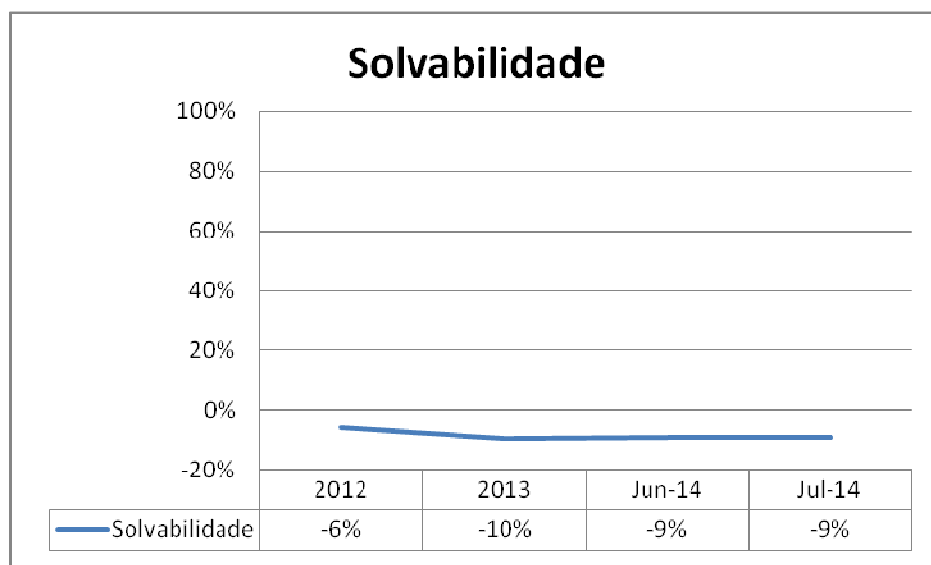
A Autonomia Financeira da entidade é negativa (Gráfico 9), assim podemos deduzir que o seu nível de Endividamento é muito elevado (cerca 110%), ou seja, os Capitais Próprios da entidade não contribuem para o seu valor.

Solvabilidade

A Solvabilidade de uma entidade relaciona o total de Capitais Próprios (Capital, Reservas e Resultados Transitados caso existam) com o total de Obrigações da entidade (Passivo) por forma a medir a capacidade que a entidade tem de satisfazer os seus compromissos a médio e longo prazo.

$$\text{Solvabilidade} = \frac{\text{Capitais Próprios}}{\text{Passivo Total}}$$

Gráfico 10: Solvabilidade



Fonte: Elaboração Própria com base em dados internos

O grau de Solvabilidade negativo da entidade (Gráfico 10) permite perceber que esta não consegue fazer face aos seus compromissos apenas com recurso ao seu Capital, pois este é negativo.

3.2 Extração e Tratamento da Informação de Produção

A informação relativa à produção (prestação de cuidados de saúde) da ULSG, E.P.E. é registada a cada segundo pelos diversos profissionais nas bases de dados existentes na entidade. Assim a informação é armazenada para poder ser posteriormente analisada e tratada por forma a conseguir uma melhoria contínua da produção.

Assim, sempre que é solicitada informação ao GEPAG relativa à produção da ULSG, E.P.E. recorre-se a essas bases de dados. Existem várias bases de dados, porém as mais fidedignas e amplas são o SIARS e o SINUS para se proceder à extração de dados relativos aos CSP e o SONHO para a extração de dados relativos aos CSD.

Por vezes as bases de dados não têm recursos suficientes para responder aos pedidos de dados solicitados no que diz respeito à filtragem desses mesmos dados, sendo por isso necessária a extração de dados e subsequente tratamento manual dos mesmos.

3.3. Monitorização dos CSP e CSD

Os proveitos da ULSG, E.P.E. advêm maioritariamente do Valor Capicional da ULS, ou seja, da quantia atribuída pelo Ministério da Saúde.

Esse Valor Capicional é constituído por uma parte fixa e uma parte variável. A parte fixa (estabelecida em adenda, geralmente cerca de 96% do Valor Capicional) é recebida pela ULSG, E.P.E. através de duodécimos durante o período de exercício da atividade (ano) e a parte variável só é recebida mediante o cumprimento da contratualização feita entre a ARSC e a ULSG, E.P.E. para o período em questão.



A contratualização é uma meta que a ULSG, E.P.E. se compromete a realizar ao longo do período do que respeita a indicadores estabelecidos para os cuidados de saúde pela OMS e pela DGS.

Assim para que a contratualização seja cumprida, é feita uma monitorização interna todos os meses para que os diversos profissionais tenham noção da atividade que estão a desenvolver e para terem um *feedback* do seu desempenho e contribuição e caso se encontrem muito afastados das metas se façam os ajustes necessários.

Os dados utilizados para a realização da monitorização provêm das bases de dados internas que registam dados da produção (referidas no ponto anterior).

3.3.1. Monitorização de CSP

A monitorização dos Cuidados de Saúde Primários é feita para os diversos Centros de Saúde e USF “A Ribeirinha”. É analisada a variação dos vários indicadores dos CSP e Custos da Contabilidade Analítica entre o mês do período em análise e o mesmo mês do período anterior.

De seguida vão ser apresentados estudos a alguns dos dados da atividade do CS da Guarda, um dos CS que integram os CSP da ULSG,E.P.E.

Nº de Inscritos

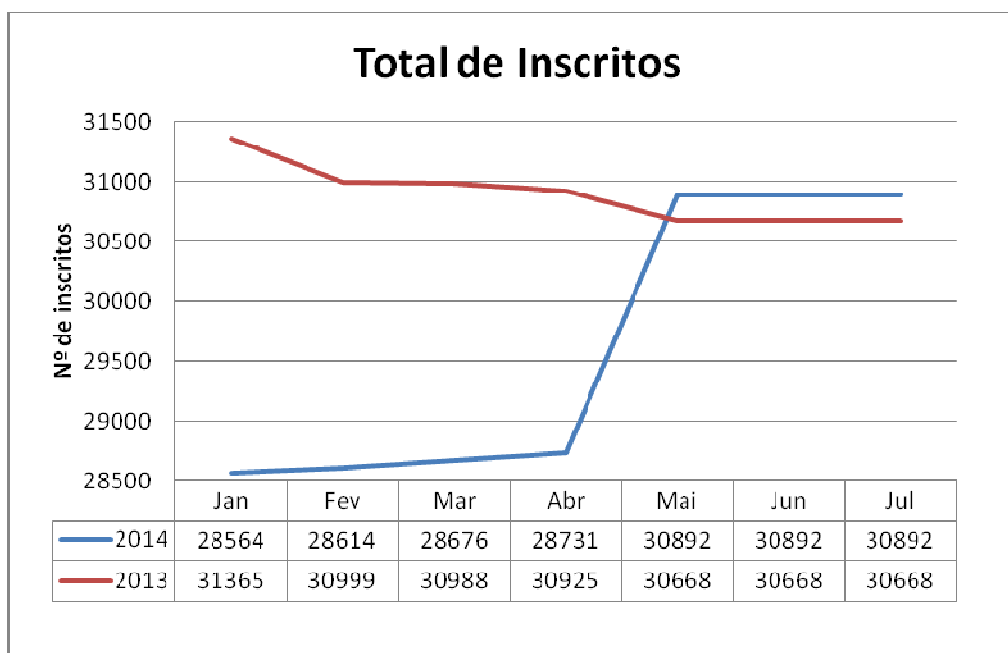
O número de inscritos no CS refere-se ao número de residentes na área de influência do CS e que se encontra inscrito nesse mesmo CS, sendo assim utente do mesmo (quer possua ou não médico de família).

Este número é um indicador de saúde importante pois permite identificar o número de utentes para o qual o CS tem que estar preparado para prestar os cuidados de saúde primários.



Este indicador pode flutuar com o número de falecimentos ou nascimentos nessa área.

Gráfico 11: Total de Inscritos no CS Guarda



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

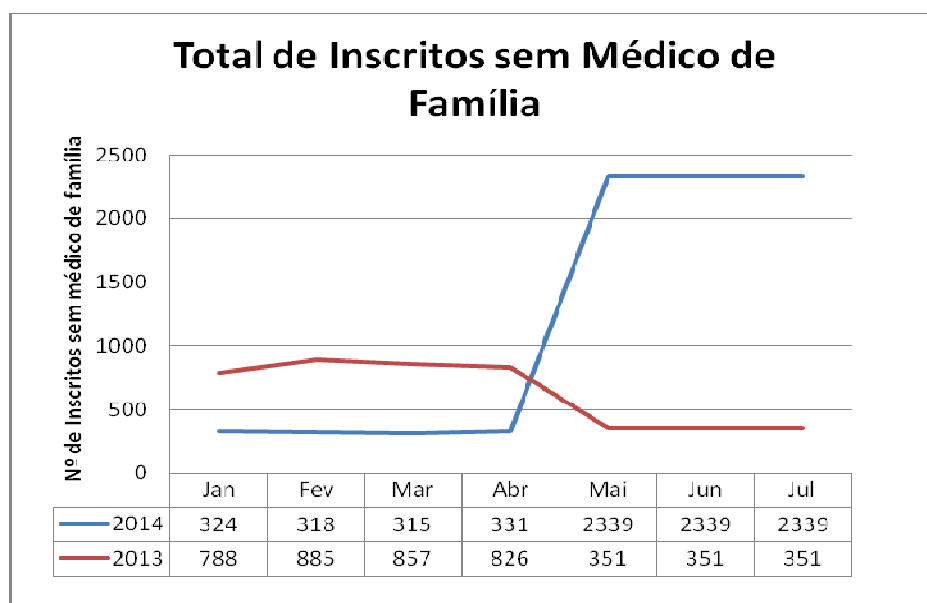
Pode-se verificar (Gráfico 11) que entre o ano 2013 e o ano 2014 o número de inscritos no CS Guarda diminuiu cerca de 4%. Porém entre janeiro e julho de 2013 verificou-se um decréscimo de 2% (cerca de 697 utentes), enquanto no mesmo período do ano seguinte (2014) houve um aumento em 8% do número de inscritos (cerca de 2328 utentes).

Inscritos sem Médico de Família

O número de inscritos sem médico de família (MF) está relacionado com o número de inscritos no CS que não possui um médico próprio de Medicina Geral e Familiar, habitualmente denominado de médico de família.

Estes inscritos no CS que não possuem médico de família, quando recorrem aos cuidados de saúde primários são atendidos em consultas de recurso, pelo médico que se encontra de serviço no CS nesse dia.

Gráfico 12: Total de Inscritos sem Médico de Família no CS Guarda



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

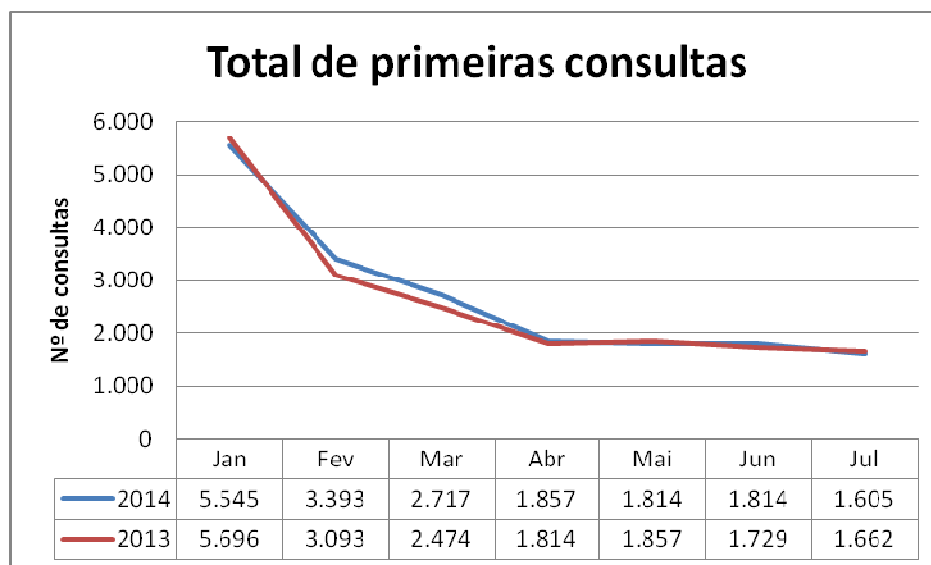
O número de inscritos sem médico de família aumentou significativamente entre 2013 e 2014, (cerca de 88%) (Gráfico 12), possivelmente devido aos ajustes realizados ao número de utentes que caso não efetuem consultas com o seu Médico de Família durante um certo período de tempo podem escolher ficar classificados como utentes sem médico de família, dando desta maneira mais disponibilidade a esses médicos que por vezes têm um número elevadíssimo de utentes inscritos.

Consultas

A classificação das consultas divide-se em primeiras consultas e consultas subsequentes.

Quando o utente é atendido pela primeira vez na consulta esta consulta é chamada de primeira consulta. Todas as consultas que o utente tenha depois da primeira consulta chamam-se consultas subsequentes.

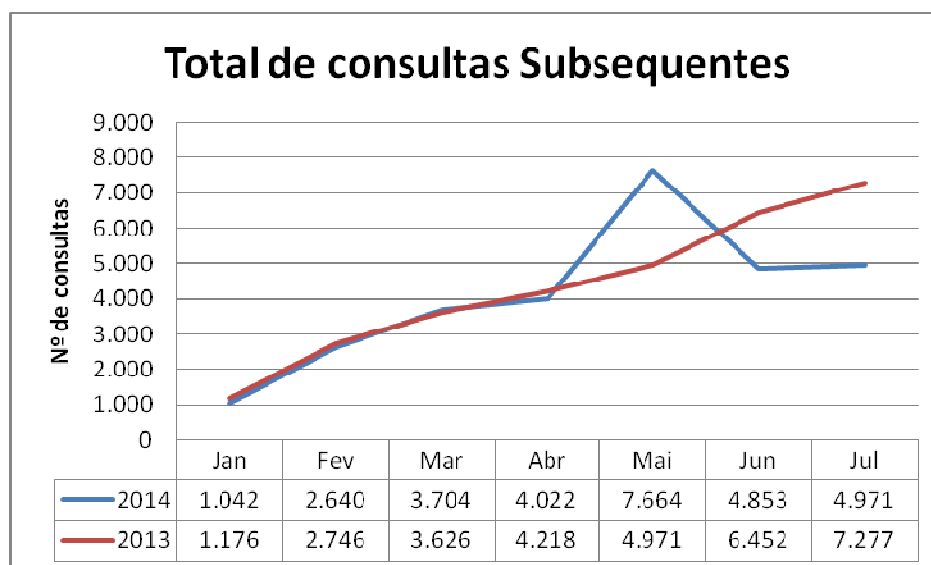
Gráfico 13: Total de Primeiras Consultas no CS Guarda



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da monitorização

Como se pode constatar da análise do gráfico anterior (Gráfico 13), o número de primeiras consultas não varia bastante entre 2013 e o mesmo período de 2014 (crescimento de 2,29%), porém entre janeiro e julho quer de 2013 quer de 2014 o número de consultas diminuiu significativamente (cerca de 71%).

Gráfico 14: Total de Consultas Subsequentes no CS Guarda



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

No que diz respeito às consultas subsequentes podemos ver que elas vão aumentando gradualmente ao longo dos meses quer em 2013 quer em 2014. Houve um aumento de aproximadamente 13% entre as consultas prestadas em 2014 comparativamente com 2013 (Gráfico 14).

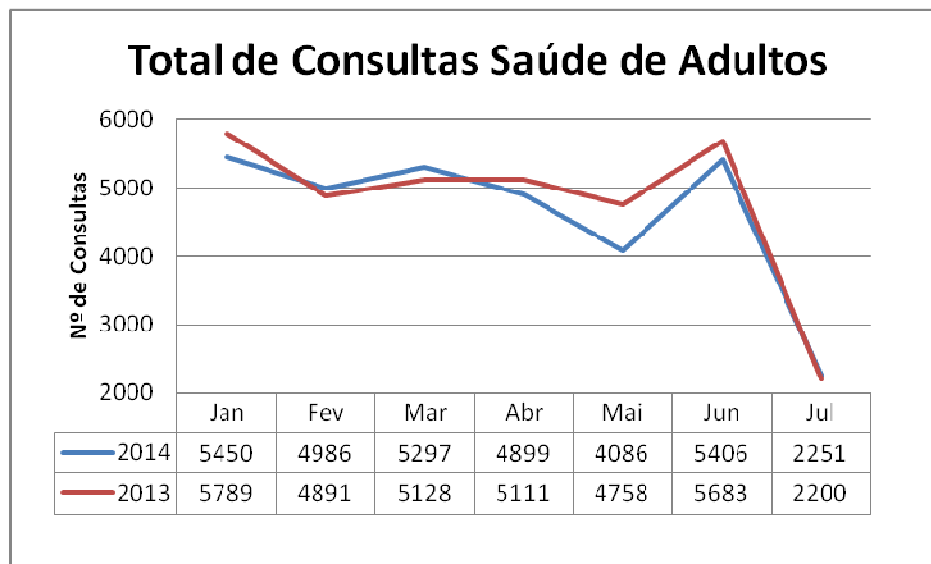
O crescimento do número de primeiras consultas é inversamente proporcional ao número de consultas subsequentes visto que depois do doente ser atendido pela primeira vez, todas as restantes consultas são registadas como consultas subsequentes.

Consultas de Saúde de Adultos

Quando os utentes com mais de 16 anos recorrem ao CS a consulta é registada como consulta de Adultos.

São registadas como consultas de Saúde de Adultos quer as primeiras consultas, quer as consultas subsequentes.

Gráfico 15: Total de Consultas Saúde de Adultos no CS Guarda



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

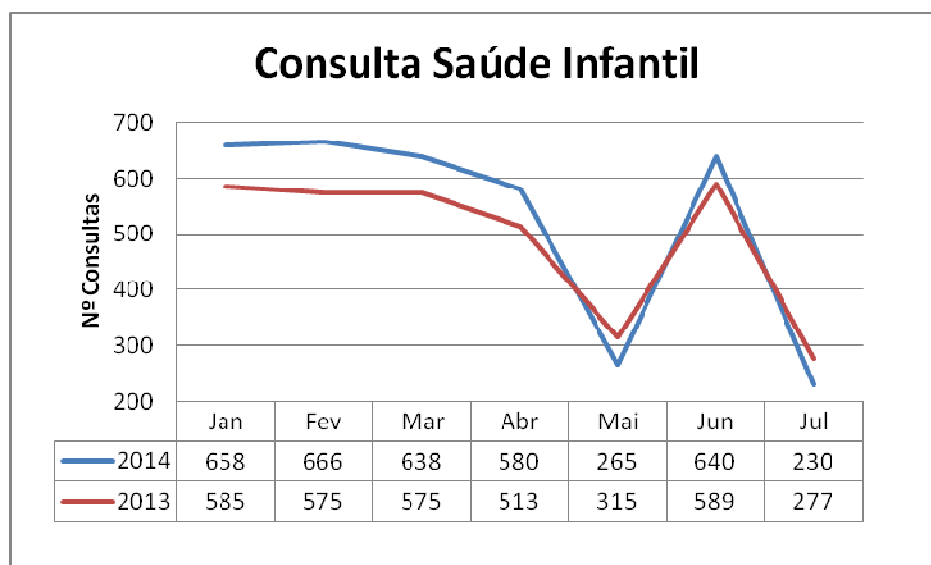
As Consultas de Saúde de Adultos registaram uma diminuição de cerca de 8% entre o ano 2013 e o ano 2014.

Entre janeiro e julho de 2013, assim como no mesmo período de 2014 as consultas registaram uma diminuição significativa de 62% (aproximadamente 3589 consultas) e 59% (aproximadamente 3199 consultas), respetivamente (Gráfico 15).

Consultas de Saúde Infantil

Quando os utentes que recorrem ao CS são crianças e jovens, as consultas (sejam primeiras ou subsequentes) são registadas como consultas de Saúde Infantil.

Gráfico 16: Consultas de Saúde Infantil no CS Guarda



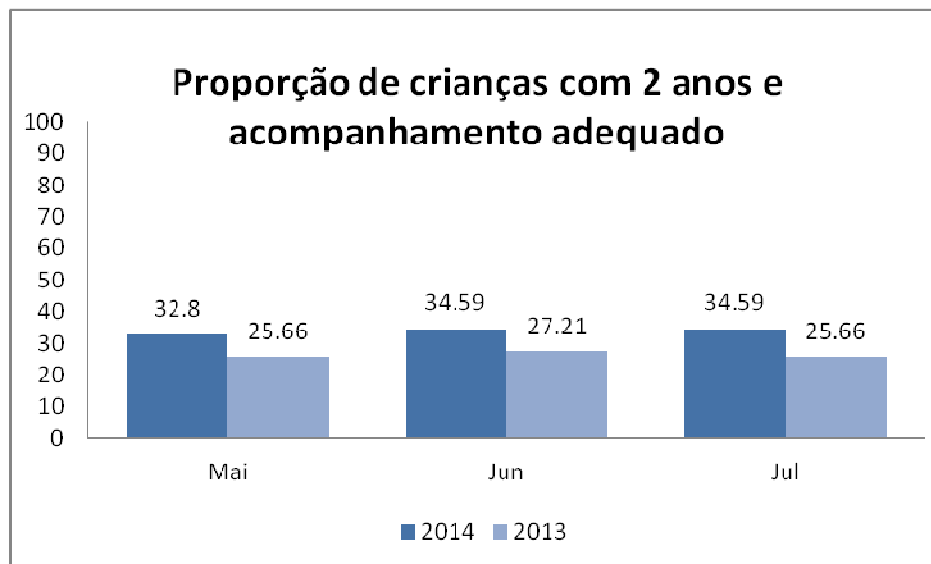
Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

As consultas de Saúde Infantil registaram um crescimento de 8% entre 2013 e 2014. Porém entre janeiro de 2013 e julho houve um decréscimo de 308 consultas, o que corresponde a 86% das consultas. No mesmo período do ano seguinte (2014) houve também um decréscimo de 428 consultas (cerca de 89%) (Gráfico 16).

Crianças com 2 anos com acompanhamento adequado

É importante acompanhar as crianças ao longo do seu desenvolvimento de forma adequada para que o seu crescimento seja saudável. Assim importa analisar a proporção de crianças que recebem esse acompanhamento feito adequadamente junto dos prestadores de cuidados de saúde, de entre a população de crianças inscritas no CS.

Gráfico 17: Proporção de Crianças com 2 anos com Acompanhamento Adequado no CS
Guarda



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

A proporção de crianças com 2 anos que recebem acompanhamento adequado ao longo do seu crescimento aumentou gradualmente ao longo dos períodos em análise, registando-se um aumento de aproximadamente 8% entre 2013 e 2014 (Gráfico 17).

Para 2014 a ARSC contratualizou com a ULSG um valor de 38%, que é esperado atingir até ao final do ano caso se mantenha o nível de crescimento que se verifica durante o período analisado.

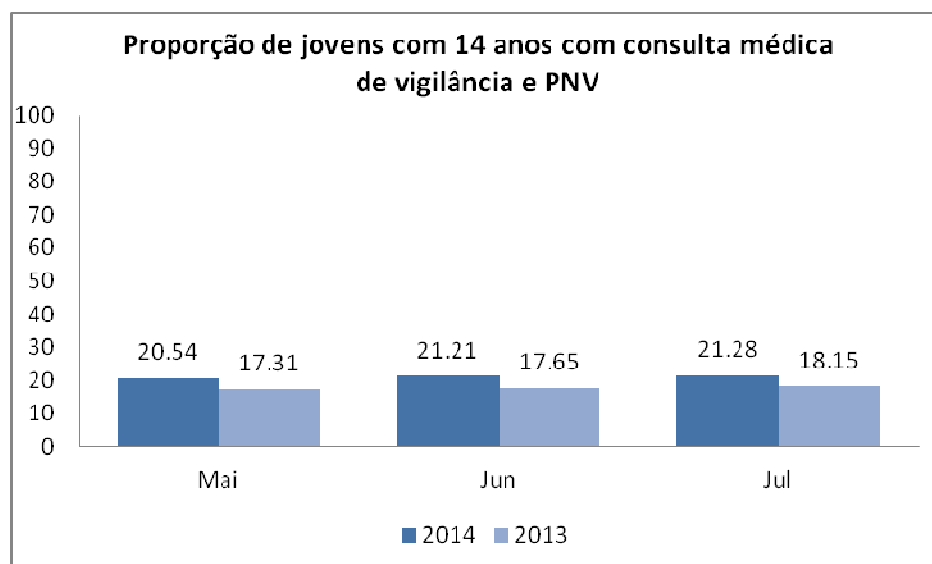
Jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância e PNV

A OMS e a DGS estabelecem que os jovens cumpram o plano nacional de vacinação (PNV) até aos 14 anos de idade, ou seja que lhe tenham sido ministradas todas as vacinas obrigatórias até essa idade.

Desta forma a ARSC contratualizou para 2014 com a ULSG que devia atingir uma percentagem 53% jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância e PNV.

O indicador a seguir analisado permite saber a proporção de jovens com 14 anos que têm o PNV cumprido e consulta médica de vigilância, de entre todos os jovens com 14 anos inscritos neste CS.

Gráfico 18: Proporção de Jovens com 14 anos com Consulta Médica de Vigilância e PNV no CS Guarda



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

Registou-se um crescimento de cerca de 19% dessa proporção de jovens entre 2013 e 2014, sendo visível que esse crescimento é gradual ao longo dos meses (Gráfico 18).

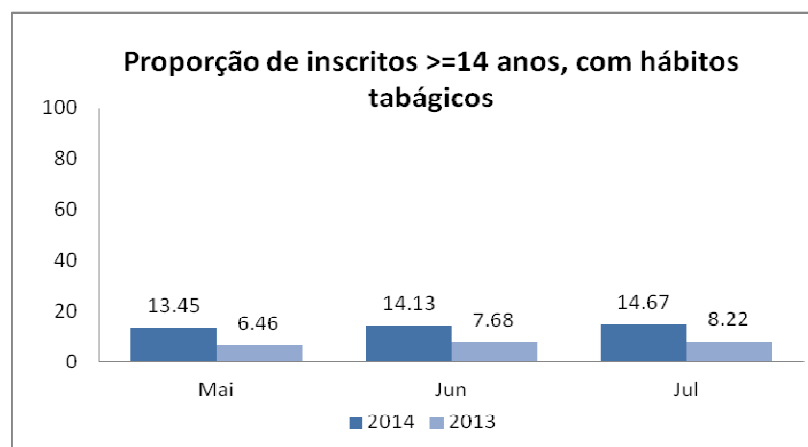
Inscritos com idade inferior ou igual a 14 anos, com hábitos tabágicos

Cada vez mais cedo se registam hábitos tabágicos entre os jovens e adolescentes. Possuir hábitos tabágicos tão cedo pode ser prejudicial à saúde desses jovens. Assim é importante analisar qual a proporção de jovens com hábitos tabágicos de entre a população de inscritos de

um determinado CS, para que se possa ter uma noção do número de jovens com tais características e proceder-se à sensibilização dos jovens em relação a este assunto.

A proporção de inscritos com idade inferior ou igual a 14 anos, com hábitos tabágicos é calculada com bases num rácio entre os jovens com idade inferior ou igual a 14 anos que se encontram inscritos num determinado CS, que possuem hábitos tabágicos e o total de inscritos no CS que se encontram abrangidos por essa faixa etária.

Gráfico 19: Proporção de Inscritos com Idade Inferior ou Igual a 14 anos, com Hábitos Tabágicos no CS Guarda



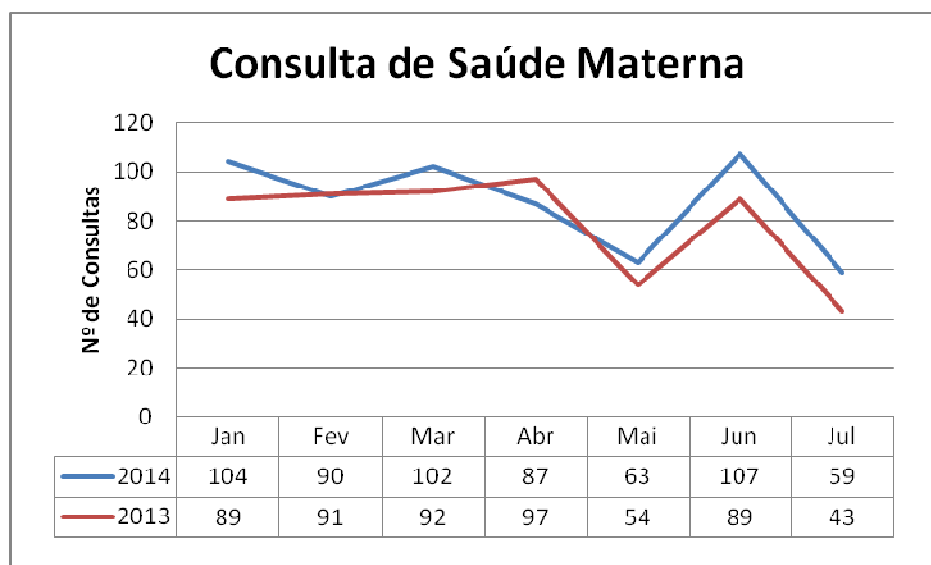
Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

Para o ano 2014 o limite de contratualização para a ULSG foi um valor de 30% dos jovens. Regista-se entre 2013 e 2014 um aumento dessa proporção de jovens na ordem dos 7% (Gráfico 19).

Consultas de Saúde Materna

As consultas (quer primeiras quer subsequentes) prestadas a grávidas, puérperas e lactantes no CS são registadas em Consultas de Saúde Materna.

Gráfico 20: Consultas de Saúde Materna no CS Guarda



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

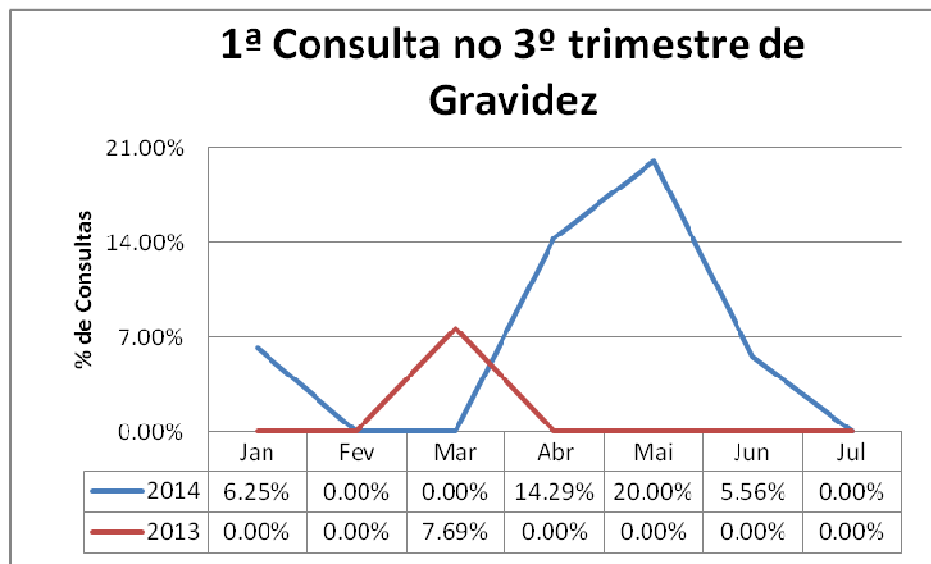
As consultas de Saúde Materna registaram um crescimento entre 2013 e 2014, de cerca de 10%. Porém entre janeiro e julho de 2013 houve um decréscimo de 52%, o que corresponde a cerca de 46 consultas. Entre o mesmo período do ano 2014 também se registou um decréscimo de 43% (cerca de 45 consultas) (Gráfico 20).

Primeiras Consultas de Saúde Materna no 3º Trimestre de Gravidez

O estudo de percentagem de primeiras consultas de Saúde Materna no 3º trimestre de Gravidez trata-se de um rácio entre o número de 1ªs consultas no 3º trimestre de gravidez e o total de primeiras consultas de Saúde Materna.

Este indicador é bastante importante pois permite fazer um balanço sobre a sensibilização junto da população e o acompanhamento que o CS presta às grávidas naquela área. Assim espera-se que a percentagem de 1ªs consultas no 3º trimestre de Gravidez seja nula, visto que as consultas de Saúde Materna no 3º trimestre de gestação deveriam ser todas consultas subsequentes e não 1ªs consultas.

Gráfico 21: Percentagem de Primeiras Consultas de Gravidez no CS Guarda



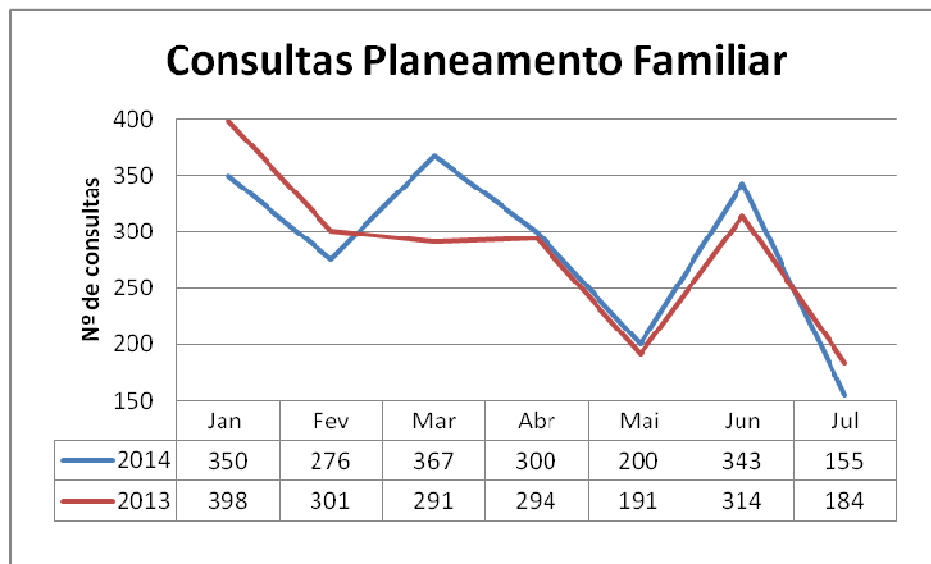
Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

Entre janeiro e julho de 2014 registou-se uma maior percentagem de 1ªs consultas no 3º trimestre de gravidez em relação ao mesmo período do ano anterior (2013) (Gráfico 21).

Consultas de Planeamento Familiar

As consultas de Planeamento Familiar (PF) permitem que o CS acompanhe os utentes, informando-os sobre métodos de contraceção seguros e eficazes e ajudando-os a viver a sua sexualidade de forma saudável e a planear uma gravidez no momento mais apropriado às suas vidas.

Gráfico 22: Consultas de Planeamento Familiar no CS Guarda



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

As consultas de Planeamento Familiar entre janeiro e julho aumentaram cerca de 1% entre 2013 e 2014.

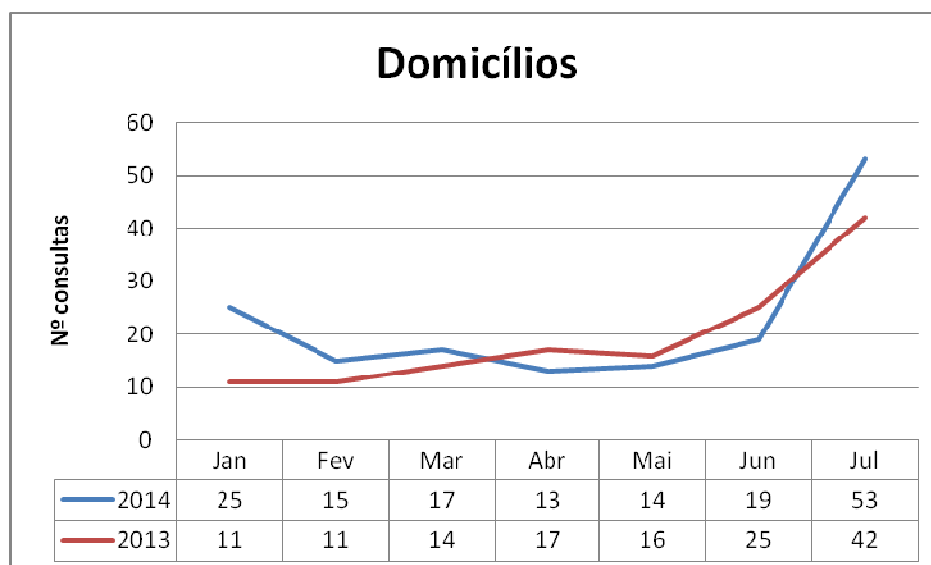
No ano 2013 houve uma variação negativa de aproximadamente 54% entre janeiro e julho, o que representa cerca de menos 214 consultas prestadas.

No ano 2014 essa variação foi cerca de 56%, o que consiste numa diminuição de cerca de 195 consultas entre janeiro e julho (Gráfico 22).

Cuidados de Saúde Primários prestados ao Domicílio

Quando os doentes não têm possibilidade ou condições para se deslocarem até ao centro de saúde são prestados cuidados de saúde primários ao domicílio.

Gráfico 23: Domicílios no CS Guarda



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

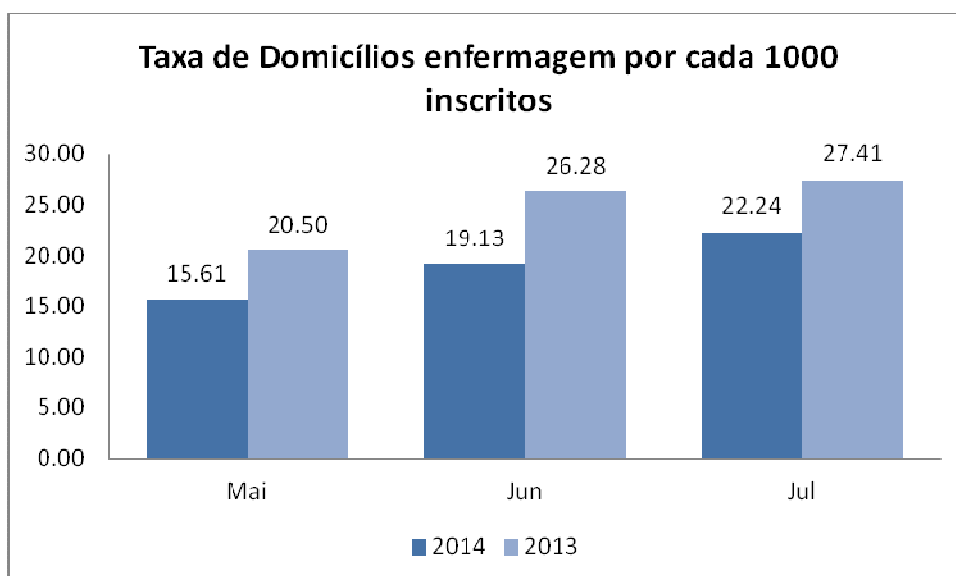
Entre janeiro e julho registou-se um aumento dos serviços prestados em domicílios, quer no ano 2014, quer no ano 2013. De 2013 para 2014 verificou-se um aumento de domicílios de aproximadamente 15% (Gráfico 23).

Taxa de Domicílios de Enfermagem por cada 1000 inscritos

A taxa de cuidados de enfermagem prestados ao domicílio por cada 1000 inscritos permite relacionar a percentagem de serviços de enfermagem prestados ao domicílio no total de serviços de saúde prestados ao domicílio (por cada 1000 inscritos no CS).

Assim é possível diferenciar qual a percentagem de consultas médicas realizadas ao domicílio e a percentagem de domicílios em que apenas são prestados cuidados de enfermagem.

Gráfico 24: Taxas de Domicílios de Enfermagem por cada 1000 inscritos no CS Guarda



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

A taxa de domicílios de enfermagem em 2014 entre maio e julho foi inferior à taxa de domicílios de enfermagem no mesmo período do ano anterior. Ainda assim quer em 2013 quer em 2014 essa taxa apresenta um aumento gradual entre os meses de Maio e Julho (Gráfico 24).

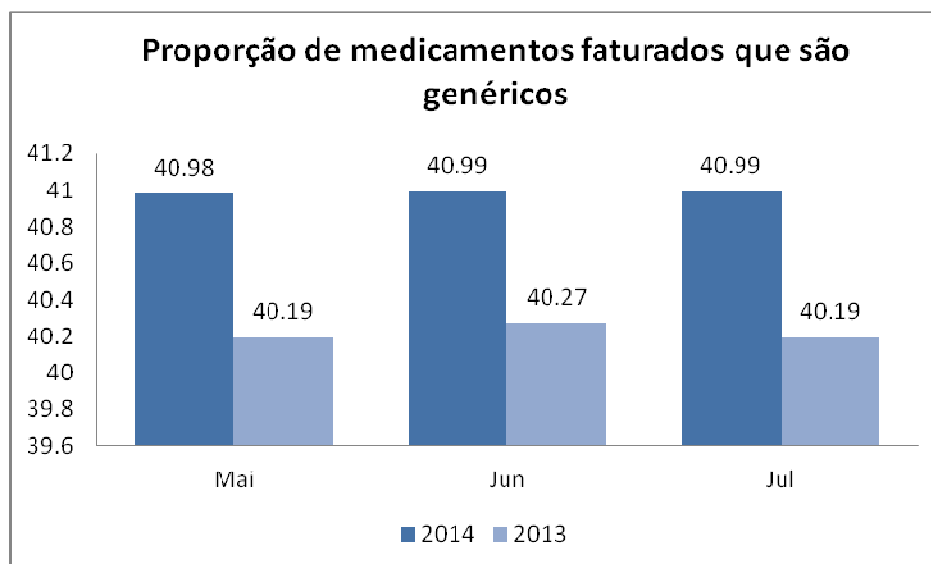
A meta de contratualização para 2014 relativa aos domicílios de enfermagem foi de 152 domicílios por cada 1000 inscritos no CS.

Medicamentos genéricos faturados ao SNS

De entre os medicamentos que são prescritos pelos médicos e faturados ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), é importante conhecer o número de medicamentos genéricos. Assim calcula-se a proporção de medicamentos genéricos que não é mais que um rácio dos medicamentos genéricos prescritos, no total de medicamentos prescritos.

Espera-se que a prescrição de medicamentos genéricos aumente, segundo indicações da Direcção Geral de Saúde (DGS).

Gráfico 25: Proporção de Medicamentos Faturados que são Genéricos



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

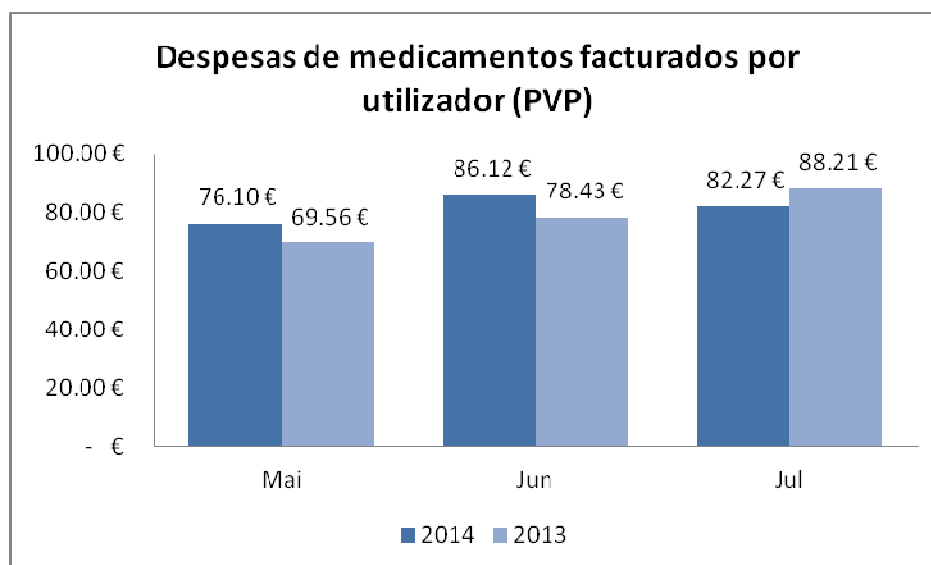
A meta de contratualização entre a ULSG e a ARSC para o ano 2014 relativa à proporção de medicamentos genéricos foi de 45%, ora como se pode constatar da análise do gráfico acima apresentado, apesar da proporção de medicamentos prescritos faturados que são genéricos ter aumentado entre 2013 e 2014 e apresentar um aumento gradual ao longo do tempo ainda não atinge o limite esperado pelos órgãos superiores de tutela (Gráfico 25).

Despesas de Medicamentos faturados ao SNS por utilizador

Aquando da contratualização entre a ARSC e a ULSG estabelece-se um indicador de despesas com os medicamentos por cada utilizador, tendo em conta o preço de venda ao público (PVP).

Para 2014, a contratualização estabelecia uma meta de cerca de 159€/utilizador do SNS.

Gráfico 26: Despesas de Medicamentos Faturados por Utilizador



Regista-se entre 2013 e 2014 um aumento gradual do montante das despesas com os medicamentos facturados (cerca de 10%).

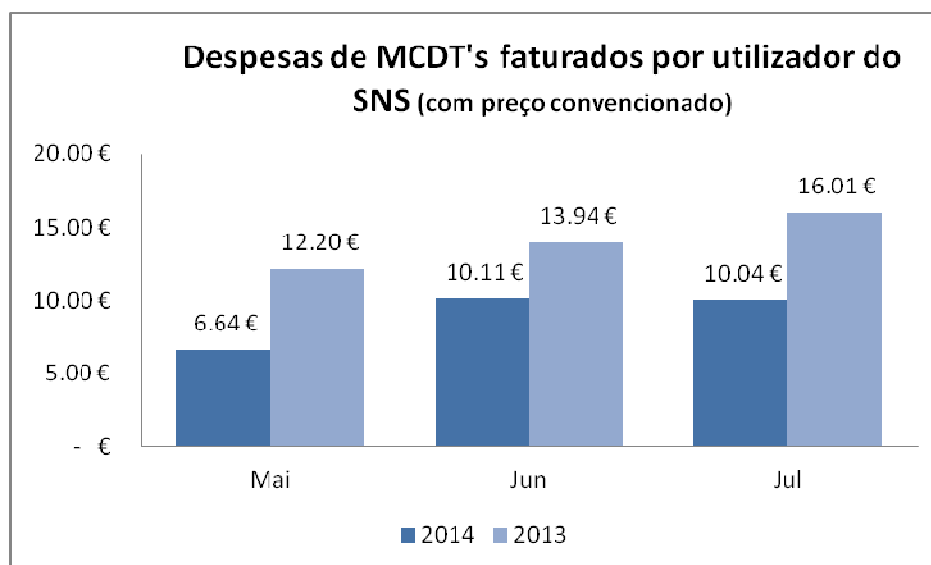
Entre maio e julho de 2013 o aumento registado nesse montante de despesas foi em cerca de 27%, enquanto que no mesmo período do ano seguinte (2014) apenas se registou um aumento de 8% (Gráfico 26).

Despesas de MCDT's faturados por utilizador do SNS (preço convencionado)

Entende-se por MCDT's (Meios de Complementares de Diagnóstico e Terapêutica) nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) todos os meios prescritos pelos médicos que possibilitam a deteção de problemas de Saúde nos utentes, como é por exemplo o caso de análises clínicas à hemoglobina ou os exames realizados.

A meta de despesas com MCDT's para o ano 2014 foi cerca de 19,55€ por utilizador do SNS (com preço convencionado).

Gráfico 27: Despesas de MCDT's Faturados por utilizador do SNS



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

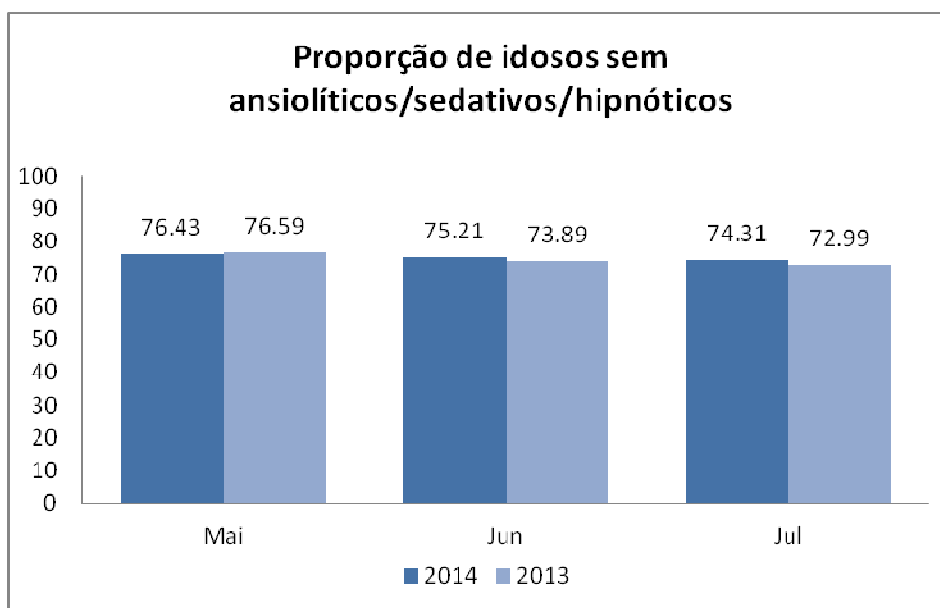
Registou-se uma diminuição de cerca de 36% nas despesas com MCDT's no período de maio a julho do ano 2014, face ao mesmo período do ano anterior (2013). Esta diminuição corresponde a uma diminuição das despesas em MCDT's em cerca de 15€ por utilizador do SNS (Gráfico 27).

Prescrição de ansiolíticos/sedativos/hipnóticos a idosos

Numa população caracterizada por ser cada vez mais envelhecida, é necessário estudar a incidência do uso de medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos nos idosos. Assim sendo, o indicador de proporção de idosos sem ansiolíticos/sedativos/hipnóticos ajuda a perceber a proporção de idosos de entre a população classificada como tal, a quem são prescritos tal grupo de medicamentos.

A meta de contratualização deste indicador para 2014 foi de 68%.

Gráfico 28: Proporção de Idosos sem Ansiolíticos/Sedativos/Hipnóticos



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização

Regista-se entre os meses de maio e julho quer de 2013 quer de 2014 uma diminuição gradual pouco significativa de 3,6% e 2,12% respetivamente (Gráfico 28). Ainda assim essa proporção excede no último mês analisado do ano 2014 em cerca de 6% a meta de contratualização.

3.3.2. Monitorização de CSD

A monitorização dos Cuidados de Saúde Diferenciados é feita tendo em conta os cuidados de saúde prestados pelo Hospital de Sousa Martins (HSM) e pelo Hospital Nossa Senhora da Assunção (HNSA). É analisada a variação dos vários indicadores dos CSD e Custos da Contabilidade Analítica entre o mês do período em análise e o mesmo mês do período anterior, para obter um *feedback* em relação ao desempenho das especialidades na procura de cumprir as metas da Contratualização para o ano em causa estabelecidas entre a ARSC e a ULSG, E.P.E.

De seguida vão ser apresentados estudos a alguns dos dados da atividade do HSM e HNSA, relativo à especialidade de Ortopedia.

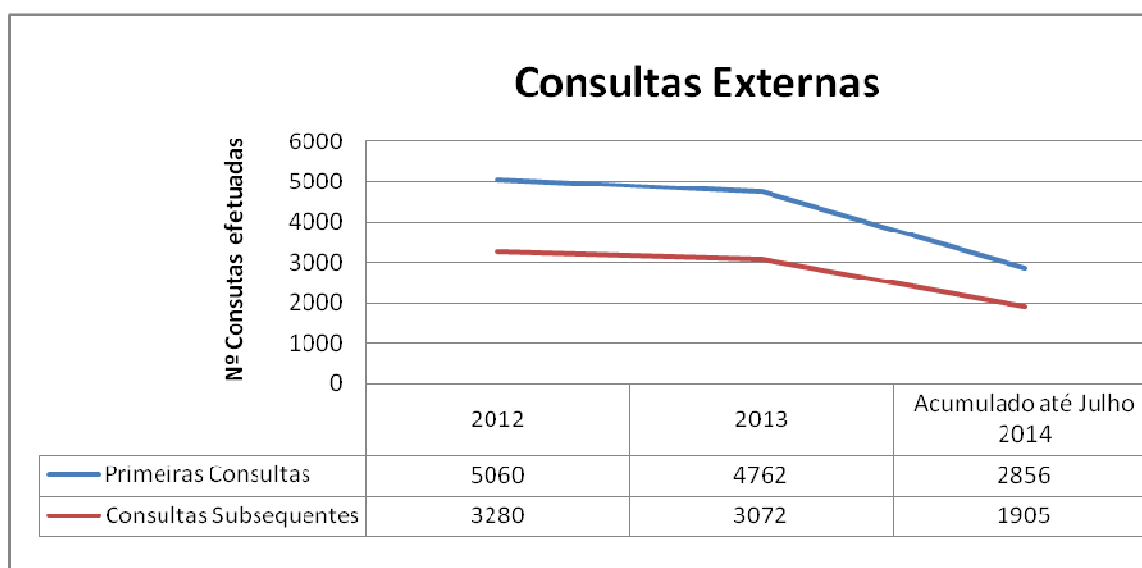
Consultas Externas

São entendidos nas consultas externas quer do HSM quer do HNSA, todos os utentes referenciados pelos CSP para este serviço.

Tal como nas consultas dos CSP, as consultas externas também são classificadas como primeiras consultas e consultas subsequentes.

Assim quando o utente é referenciado para as consultas externas, a sua primeira consulta é considerada como primeira consulta e as restantes como subsequentes, sendo estas realizadas até que o profissional das consultas externas passe alta ao utente (quando este se encontra melhor ou é considerado doente crónico) para que estas cessem, regressando de novo ao atendimento nos CSP.

Gráfico 29: Consultas Externas de Ortopedia



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

Espera-se que caso o crescimento das primeiras consultas externas de Ortopedia se mantenha constante até ao final do ano 2014 como até ao mês de julho as consultas vão registar um decréscimo de cerca de 18%, enquanto as consultas subsequentes vão registar um decréscimo

de cerca de 12%. (Gráfico 29). Este decréscimo entre o ano 2012 e o ano 2014 pode ser explicado pelo facto da unidade de Ortopedia/Coluna ter encerrado na ULSG, E.P.E.

Importa salientar que apesar de as consultas externas prestadas tendem a diminuir a lista de espera (LE) associada a esta especialidade tendem a aumentar ao longo do tempo.

Quadro 5: Evolução da LE da Ortopedia

	2012	2013	Var (%)
LE Ortopedia	1.591	2.514	58.01

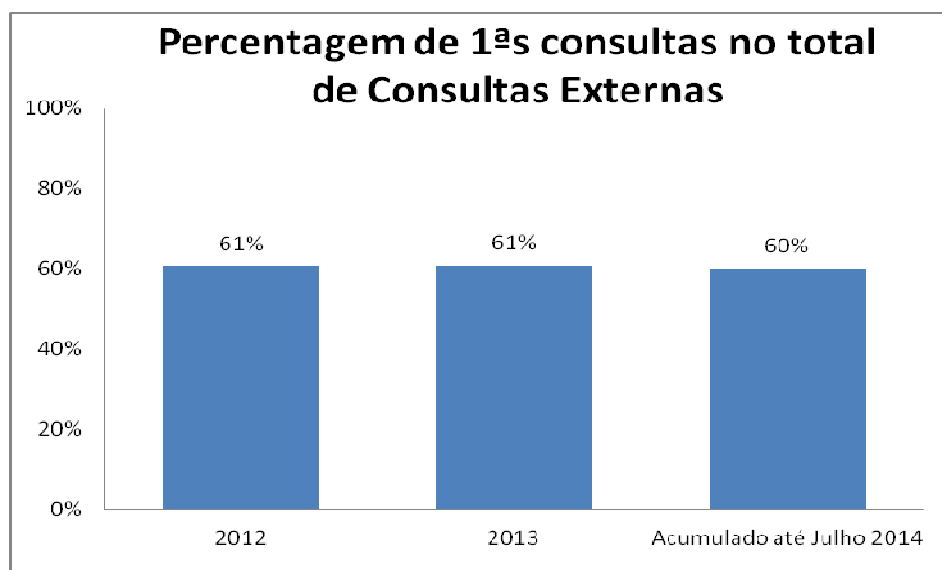
Fonte: Elaboração Própria com base no Relatório de Gestão 2013

Este facto é explicado pela crescente carência de Recursos Humanos na ULSG, E.P.E. o que leva a uma dificuldade de resposta às necessidades dos utentes na prestação de consultas externas por parte dos profissionais de saúde.

Percentagem de Primeiras Consultas no total de Consultas Externas

De entre o total de Consultas Externas efetuadas pela ULSG, E.P.E, (HSM e HNSA) é importante analisar a percentagem de consultas que são contabilizadas como primeiras consultas, para perceber quantos utentes são referenciados pelos CSP para as consultas externas dos CSD e efetuam a consulta pela primeira vez.

Gráfico 30: Percentagem de Primeiras Consultas no total de Consultas Externas



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

Pode verificar-se que ao longo do período em análise o número de utentes que são referenciados para as consultas externas de Ortopedia varia muito pouco pois a percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas é quase constante (Gráfico 30).

Pode-se constatar que mais de 50% das consultas externas de Ortopedia da ULSG, E.P.E. são prestadas a utentes que provêm dos CSP e frequentam essas consultas pela primeira vez.

Bloco Operatório

No bloco operatório são realizadas as cirurgias, que são classificadas em cirurgias convencionais e cirurgias de ambulatório.

Cirurgia Convencional e de Ambulatório

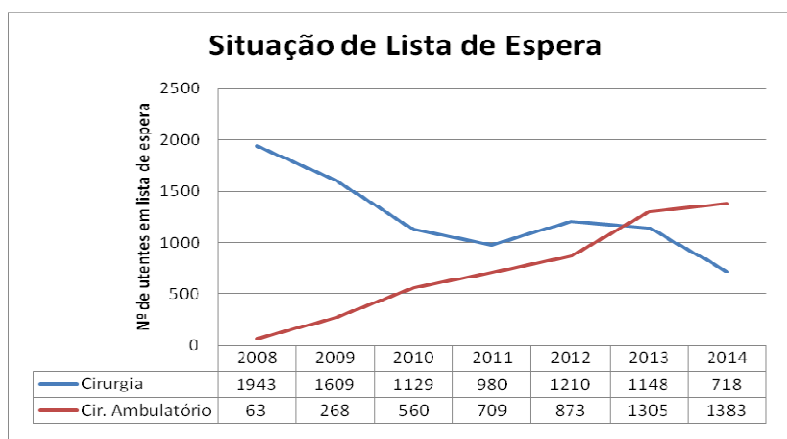


As cirurgias convencionais são as tradicionais intervenções cirúrgicas, em que o doente permanece internado nos serviços médicos num período de tempo posterior à sua realização.

As cirurgias de ambulatorios são intervenções cirúrgicas realizadas sob anestesia geral, loco-regional ou local em que o doente dá entrada e tem alta no mesmo dia, não permanecendo desta maneira nos serviços médicos. Assim é possível reduzir os custos inerentes ao processo de recuperação.

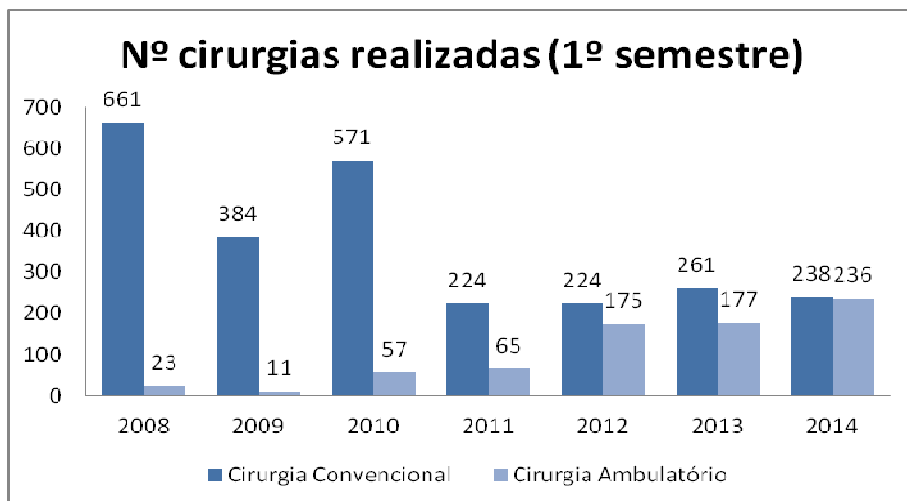
Existe também um menor risco do doente contrair infeções adquiridas em ambiente hospitalar o que leva a uma diminuição do risco de complicações pós-cirúrgicas. As cirurgias de Ambulatório possibilitam ainda reduzir as listas de espera para a cirurgia (Gráfico 31).

Gráfico 31: Situação de LE de Cirurgia da ULSG, E.P.E.



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados recolhidos nas bases de dados internas

Gráfico 32: Nº de cirurgias Convencionais e de Ambulatório Realizadas



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados recolhidos nas bases de dados internas

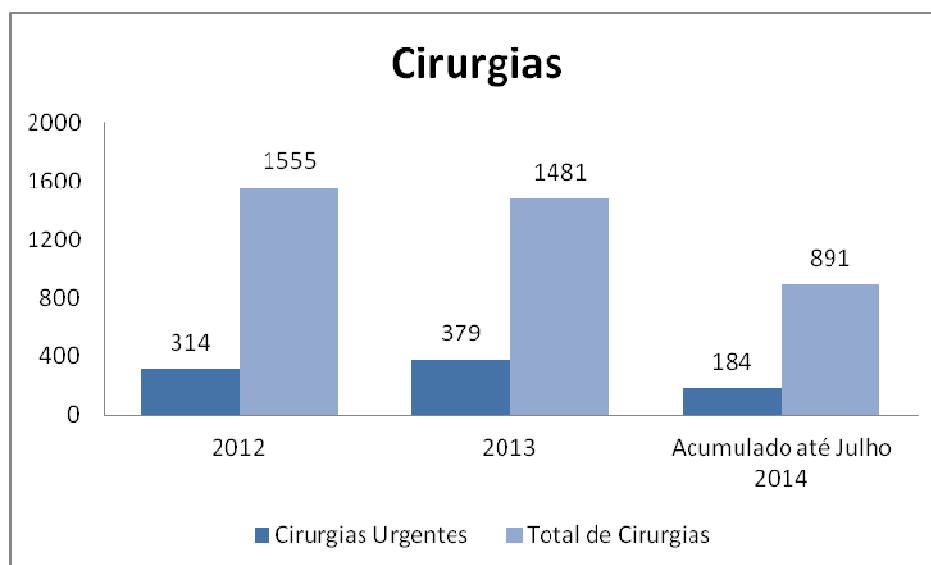
Ao longo dos últimos sete anos o número de cirurgias de ambulatório aumentou significativamente enquanto o número de cirurgia convencional diminuiu cerca de 64% (Gráfico 32).

Cirurgias Urgentes

As intervenções cirúrgicas realizadas na ULSG, E.P.E. para além de poderem ser realizadas ou não em ambulatório, podem ser classificadas como programadas ou urgentes.

As cirurgias de carácter urgente realizam-se quando os utentes recorrem aos CSD e necessitam ser rapidamente submetidos a uma intervenção cirúrgica. As cirurgias programadas são as cirurgias agendadas com alguma antecedência, com necessidade de serem realizadas mas sem carácter urgente.

Gráfico 33: Cirurgias Urgentes e Total de Cirurgias



Fonte: Elaboração própria base na monitorização e mapa de SICA

Espera-se que caso os crescimentos das Cirurgias Urgentes e total de Cirurgias de Ortopedia se mantenham constante até ao final do ano 2014 como até ao mês de Julho se vá registar um aumento de cerca de 0,5% e um decréscimo de 2%, respetivamente em relação aos anos 2012/2014 (Gráfico 33).

Internamento

No que respeita ao internamento existem vários indicadores importantes que devem ser analisados, sendo eles: lotação praticada, número de transferências internas, número de dias de internamento, demora média, taxa de ocupação, taxa de mortalidade, doentes saídos por cama e Índice de Case-Mix (ICM).

Lotação Praticada

A lotação praticada diz respeito à capacidade da ULSG, E.P.E. em cada especialidade de internamento, ou seja o número de camas de que dispõe para acomodar os seus utentes que precisam ser internados por um determinado período de tempo.

Quadro 6: Lotação ULSG, E.P.E.

	2012	2013	Jul-14	Var (2012/2014) (%)
Cardiologia	18	19	19	5.56
Cirurgia Geral	53	43	40	-24.53
Dermato-Venereologia	0	2	2	100.00
Gastroenterologia	4	0	0	-100.00
Ginecologia	16	12	12	-25.00
Medicina Interna	79	77	77	-2.53
Neonatologia	7	7	6	-14.29
Neurologia	6	4	4	-33.33
Obstetrícia	24	16	16	-33.33
Oftalmologia	4	4	4	0.00
Oncologia Médica	6	6	6	0.00
Ortopedia	40	40	33	-17.50
Otorrinolaringologia	4	4	4	0.00
Pediatria	22	20	15	-31.82
Pneumologia	32	32	24	-25.00
U. Cuidados Intermédios	12	8	6	-50.00
U.C.I. Coronários	4	4	4	0.00
AVC	6	6	8	33.33
Psiquiatria	24	24	24	0.00
Berçário	24	16	16	-33.33
Total	385	344	320	-0.17

Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

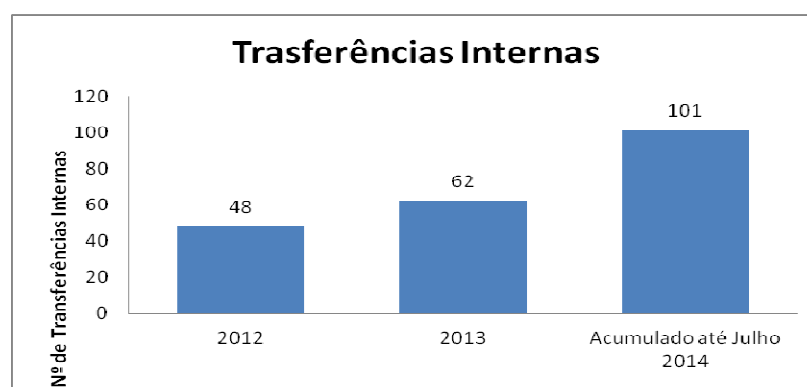
Entre os anos 2012 e 2014 registaram-se alguns decréscimos na lotação da maior parte das especialidades da ULSG, E.P.E. sendo as mais notórias na Gastroenterologia, que deixou de ter camas disponíveis para internamento e na Unidade de Cuidados Intermédios, que perdeu cerca de metade das suas camas). Apesar de não serem tão notórios registaram-se aumentos na lotação de algumas especialidades, tendo sido a maior na Unidade Cuidados Intermédios Coronários (cerca de 33%) (Quadro 6).

Número de Transferências Internas

Durante o período de internamento muitos doentes são transferidos pois por vezes precisam de outro tipo de cuidados diferentes dos que são ministrados na especialidade onde se encontram.

Essa transferência pode ser interna, o que acontece quando os doentes são transferidos entre as restantes especialidades da ULSG, E.P.E., ou externa, quando os doentes são transferidos para outros hospitais.

Gráfico 34: Transferências Internas na Especialidade de Ortopedia da ULSG, E.P.E.



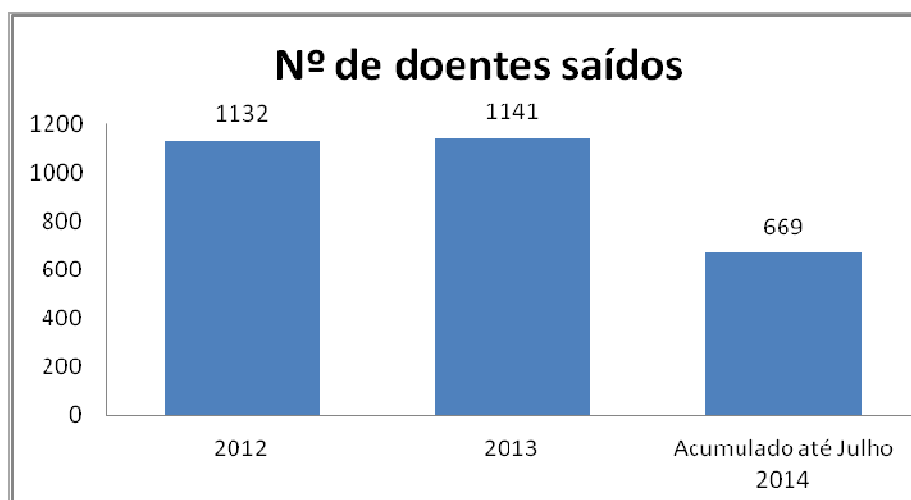
Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

Desde 2012 até julho de 2014 as transferências entre as especialidades da ULSG, E.P.E. cresceram cerca de 110%, o que equivale a um aumento de cerca de 53 transferências (Gráfico 35).

Nº de doentes saídos

É bastante importante de ser analisado o nº de doentes saídos do internamento de uma especialidade, pois permite ter um *feedback* dos cuidados prestados aos utentes durante o período de internamento e de quantos utentes tiveram alta do serviço de internamento nas diversas especialidades.

Gráfico 35: Nº de Doentes Saídos na ULSG, E.P.E, Especialidade de Ortopedia



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

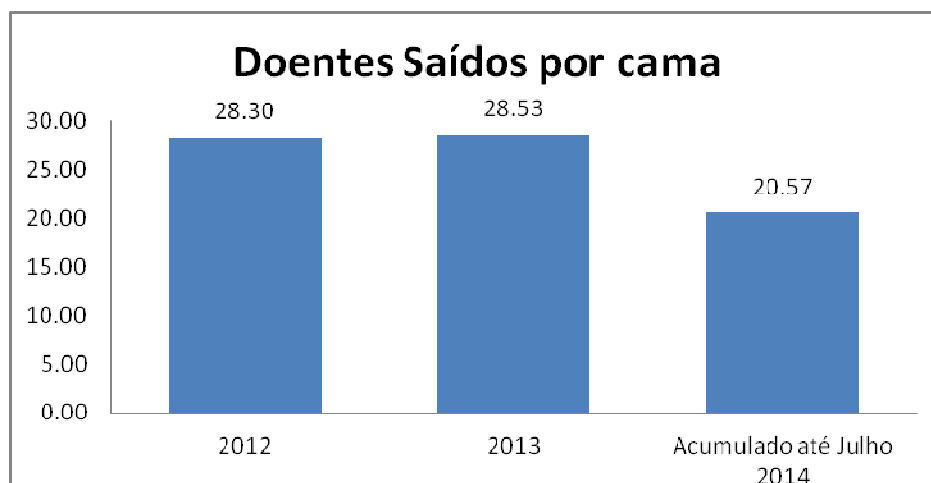
É de esperar que, caso o crescimento do nº de doentes saídos da Ortopedia se mantenham constantes até ao final do ano 2014, como até ao mês de julho, se registre um aumento de cerca de 1%, ou seja espera-se que o nº de utentes com alta do internamento de Ortopedia seja quase constante (Gráfico 35).

Doentes saídos por cama

O indicador de doentes saídos por cama é um indicador que relaciona o número de doentes saídos com a lotação da ULSG, E.P.E. na especialidade em questão.

$$\text{Doentes saídos por cama} = \frac{\text{n}^\circ \text{ doentes saídos}}{\text{Lotação}}$$

Gráfico 36: Doentes Saídos por Cama na Especialidade de Ortopedia da ULSG, E.P.E.



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

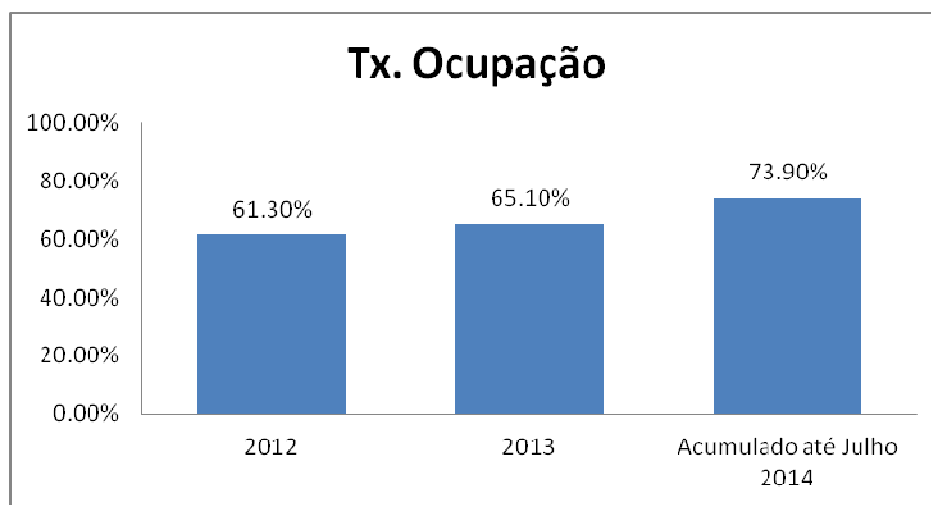
Ao longo do período em análise, este indicador apresenta um decréscimo de cerca de 27%, ou seja o número médio de doentes saídos em 2012 era de 28 e em 2014 (julho) é apenas de 20 doentes por cama (Gráfico 36).

Taxa de Ocupação

A taxa de ocupação está relacionada com a lotação das determinadas especialidades de internamento da ULSG, E.P.E. e o número de dias de internamento dos doentes, tendo em conta o número de dias de um dado período em análise.

$$\text{Tx. Ocupação} = \frac{\text{Dias de Internamento}}{\text{Lotação}} * \text{n}^\circ \text{ dias do período}$$

Gráfico 37: Taxa de Ocupação da Ortopedia da ULSG, E.P.E.



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

Entre 2012 e julho de 2014 a taxa de Ocupação aumentou aproximadamente 13%, aumento provavelmente explicado pelo facto de a lotação ter diminuído cerca de 18%, ou seja, cerca de 7 camas (Gráfico 37).

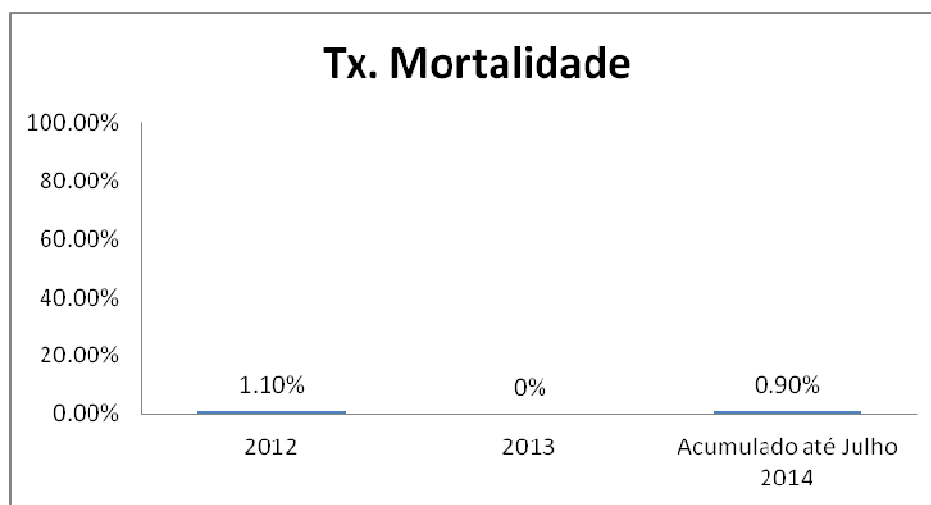
Taxa de Mortalidade

Durante o período de permanência dos doentes no serviço de internamento, em alguns casos o estado de saúde dos mesmos agrava-se, levando por vezes à morte.

Assim a taxa de mortalidade relaciona o número de falecidos no serviço de internamento das diversas especialidades, com o número de doentes que deram entrada no serviço.

$$Tx.Mortalidade = \frac{n^{\circ} \text{doentes falecidos}}{n^{\circ} \text{doentes entrados}}$$

Gráfico 38: Taxa de Mortalidade da especialidade de Ortopedia da ULSG, E.P.E.



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

Como se pode verificar da análise do gráfico apresentado acima (Gráfico 38), a taxa de mortalidade é quase nula no serviço de internamento de Ortopedia, ou seja, o número de doentes falecidos durante o período de internamento é muito reduzido em relação ao total de doentes que são internados nesta especialidade. Entre 2012 e Julho de 2014 a ULSG, E.P.E. registou uma diminuição de cerca de 0,2%.

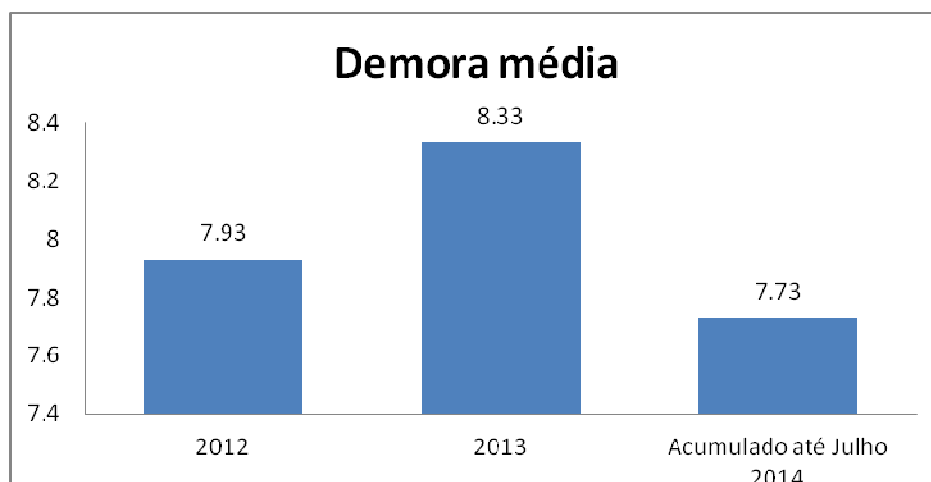
Demora Média

A demora média é um indicador usado para compreender quando tempo demora um doente a ter alta de uma dada especialidade do internamento.

Assim, a demora média é dada pelo quociente entre o total de dias de internamento e o número de doentes saídos.

$$\text{Demora média} = \frac{\text{Dias internamento}}{\text{Doentes saídos}}$$

Gráfico 39: Demora Média da especialidade de Ortopedia da ULSG, E.P.E.



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

Visto que o crescimento do número de doentes saídos é quase nulo ao longo dos anos, pode-se inferir que entre 2012 até julho de 2014 os doentes permaneceram cada vez menos tempo no serviço de internamento (dias de internamento), visto que a demora média é decrescente ao longo desse tempo (Gráfico 39).

Índice de Case-Mix (ICM)

Quando um doente é admitido no serviço de internamento de uma dada especialidade, necessita quer de serviços quer de material de consumo hospitalar e medicamentos.

Assim é necessário conhecer a ponderação do custo que cada doente representa para o hospital tendo em conta o seu tratamento durante o internamento, ponderação essa designada por peso relativo de um certo grupo de doentes.

Para mais fácil estabelecer esse peso relativo de um grupo de doentes, esses doentes são agrupados em grupos segundo a natureza de tratamentos que os doentes recebem e o seu consumo de recursos (codificação) formando assim Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH).

O Índice de *Case-Mix* relaciona o peso relativo dos GDH's com o número de doentes equivalentes.

$$ICM = \frac{\sum(\text{Doentes Equivalentes GDH}i * \text{peso relativo ao GDH}i)}{\sum \text{Doentes Equivalentes GDH}i}$$

Quadro 7: Variação de ICM da ULSG, E.P.E.

	2012	2013	Acumulado até Julho 2014	Var (2012/2014) (%)
Cardiologia	1.2941	1.4945	1.4380	11.12
Cirurgia Geral	1.4362	1.1626	1.1109	-22.65
Dermato-Venereologia	1.1090	0.7461	0.8175	-26.28
Gastroenterologia	1.2869	1.8978	0	-100.00
Ginecologia	0.5372	0.3572	0.3628	-32.46
Medicina Interna	1.1052	1.1901	1.1849	7.21
Neonatologia	0.6694	0.4907	0.8218	22.77
Neurologia	0.9012	1.8022	1.6291	80.77
Obstetrícia	0.4510	0.1876	0.1924	-57.34
Oftalmologia	0.7408	0.2618	0.2603	-64.87
Oncologia Médica	0.8805	0.457	0.4597	-47.79
Ortopedia	1.6816	1.0065	0.9609	-42.86
Otorrinolaringologia	0.7376	1.1162	0.4917	-33.34
Pediatria	0.5251	0.4079	0.3531	-32.76
Pneumologia	0.8692	1.0529	1.1592	33.36
U. Cuidados Intermédios	3.6079	3.6083	4.8055	33.19
U.C.I. Coronários	1.4093	1.3242	1.3078	-7.20
AVC	0.824	2.318	2.321	181.67
Psiquiatria	1.0756	1.2324	1.2582	16.98
Berçário	0.1285	0.1371	0.1433	11.52

Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

As especialidades de Acidentes Cardiovasculares (AVC) e Neurologia registaram aumentos significativos no ICM entre 2012 e Julho de 2014 (181,67% e 80,77% respetivamente), enquanto que a Gastroenterologia e a Oftalmologia registaram decréscimos de 100% e 64,87% respetivamente (Quadro 7).

Estas variações podem ser explicadas na maioria porque por vezes os GDH's demoram muito tempo a serem codificados, pelo que não entram na ponderação para o ICM na monitorização do período a que dizem respeito.

No caso da Gastroenterologia a diminuição de ICM é justificada pela inexistência de doentes internados em 2014.

Urgência

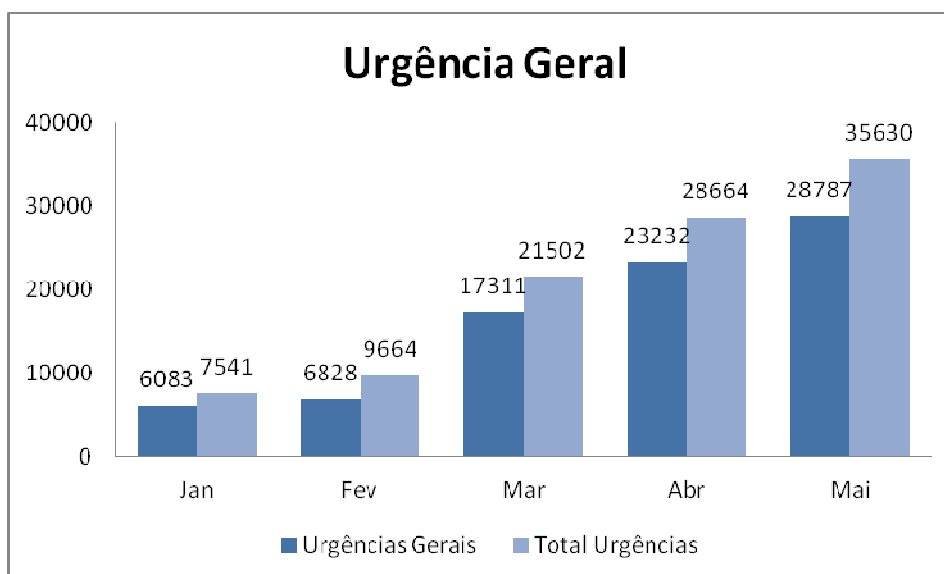
Como já foi referido anteriormente, a Urgência da ULSG, E.P.E. divide-se em Urgência Geral, Urgência Obstétrica e Urgência Pediátrica. Desta maneira os utentes são encaminhados para as diversas urgências consoante as suas características enquanto utilizadores deste serviço.

Urgência Geral

O utente é encaminhado para a Urgência Geral e aí atendido quando não se enquadra em nenhum grupo com características específicas de atendimento de Urgência como é o caso das crianças e gestantes.



Gráfico 40: Urgências Gerais realizadas comparativamente com o total de Urgências



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

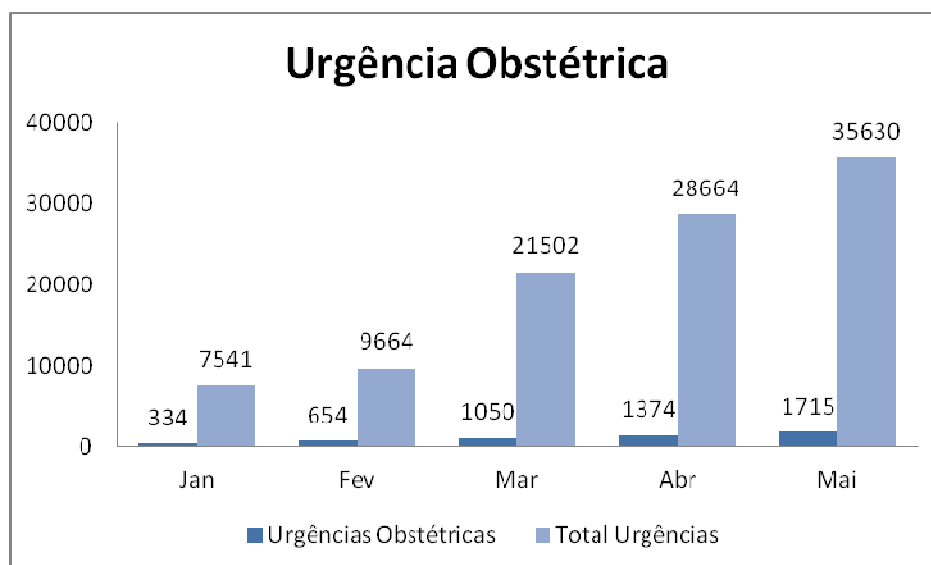
Os atendimentos de Urgência Geral representam uma fatia de cerca de 80% do total de atendimentos na Urgência da ULSG, E.P.E.

Analisando a evolução dos atendimentos na Urgência Geral nos primeiros cinco meses do ano 2014 (Gráfico 40) verifica-se um aumento significativo do número de atendimentos efetuados neste serviço, (aproximadamente 373%).

Urgência Obstétrica

Quando dão entrada no serviço de Urgência mulheres grávidas que necessitam de cuidados de saúde diferenciados são encaminhadas para a Urgência Obstétrica, pois aí podem ser atendidas de acordo com as necessidades próprias de uma gestante.

Gráfico 41: Urgências Obstétricas realizadas comparativamente ao total de Urgências



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

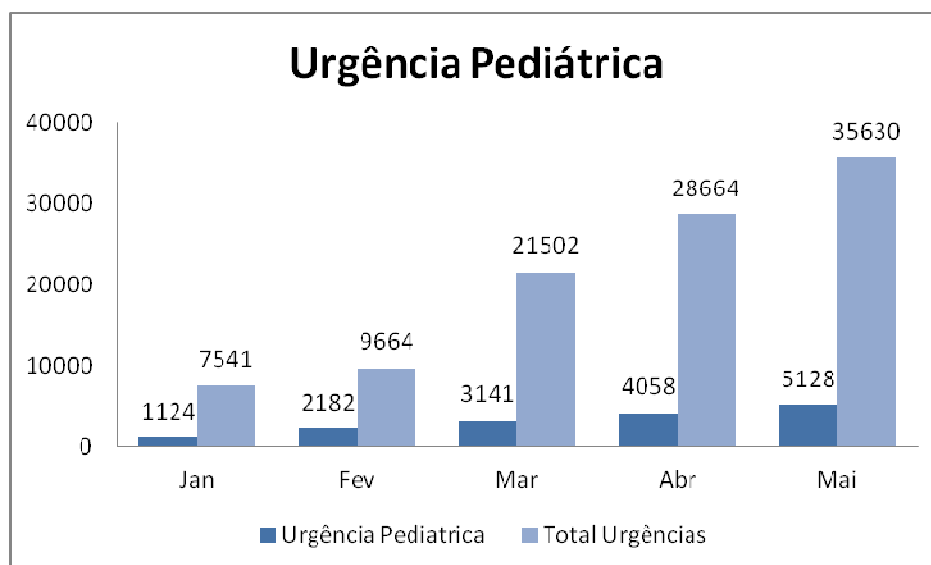
Com base no gráfico anterior (Gráfico 41) podemos verificar que tal como o número de atendimentos na Urgência Geral atrás apresentados, também o número de atendimentos na Urgência Obstétrica aumentou significativamente entre janeiro e maio de 2014 (aproximadamente 413%, o que corresponde a um aumento de cerca de 1318 atendimentos).

Os atendimentos na Urgência Obstétrica representam cerca de 4% a 5% do total de atendimentos no serviço de Urgência da ULSG, E.P.E..

Urgência Pediátrica

São encaminhadas para a Urgência Pediátrica todas as crianças que dão entrada no serviço de Urgência da ULSG, E.P.E., para aí receberem cuidados de acordo com as necessidades específicas deste grupo de doentes.

Gráfico 42: Urgências Pediátricas comparativamente ao total de Urgências



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

Ao longo do período em análise (Janeiro a Maio de 2014) registou-se um aumento significativo no número de atendimentos no serviço de Urgência Pediátrica, aproximadamente 356%, o que corresponde a cerca de mais 4004 atendimentos realizados (Gráfico 42). Este aumento foi semelhante ao aumento de atendimento das Urgências Geral e Obstétrica, como foi referido anteriormente.

O número de atendimentos na Urgência Pediátrica corresponde a cerca de 15% do total de atendimentos de Urgência realizados pela ULSG, E.P.E..

Estará o número de atendimentos realizados na Urgência Pediátrica da ULSG, E.P.E. relacionado com o número de partos realizados nesta instituição? Vai-se proceder ao estudo da relação entre o número de partos realizados e o número de atendimentos na Urgência pediátrica.

Seja o número de partos realizados a variável X, ou seja a variável independente ou exógena (variável explicativa), denominada de seguida por “Partos” e seja o número de atendimentos

na Urgência Pediátrica a variável Y, ou seja a variável dependente ou endógena (variável explicada), denominada por “Urg_Pediát”.

De seguida apresenta-se um conjunto de dez observações (tamanho da amostra: n=10), recolhidas entre os anos 2013 e 2014.

Quadro 8: Valores Observados

Partos	Urg_Pediát.
41	1139
89	2292
141	3394
241	5528
48	1124
89	2182
157	3141
195	4058
243	5128
280	6216

Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

Será realizado o estudo recorrendo à análise da regressão linear dos dados acima apresentados (Quadro 8), por forma a chegar ao coeficiente de correlação linear (indicador que fornece informação sobre a intensidade da relação entre o número de partos e o número de atendimentos na Urgência Pediátrica e qual o sentido dessa relação). Estudar-se-á também o coeficiente de determinação (indicador que representa a proporção da variação do número de atendimentos na Urgência Pediátrica que é explicada pela variação do número de partos realizados).

Quadro 9: Quadro de coeficientes das variáveis do modelo

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
Partos	22,089	,457	,998	48,380	,000

Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

Nota: A equação foi estimada sem o termo da constante pois esta variável não é significativa.

Com base no quadro acima apresentado (Quadro 9) a expressão do modelo de regressão linear ($Y = a + b X$) em questão vai ser dado por $Y = 22,089X$, ou seja, por cada parto realizado na ULSG, E.P.E aumentam em cerca de 22 o número de atendimentos da Urgência Pediátrica.

Quadro 10: Quadro resumo do modelo de regressão

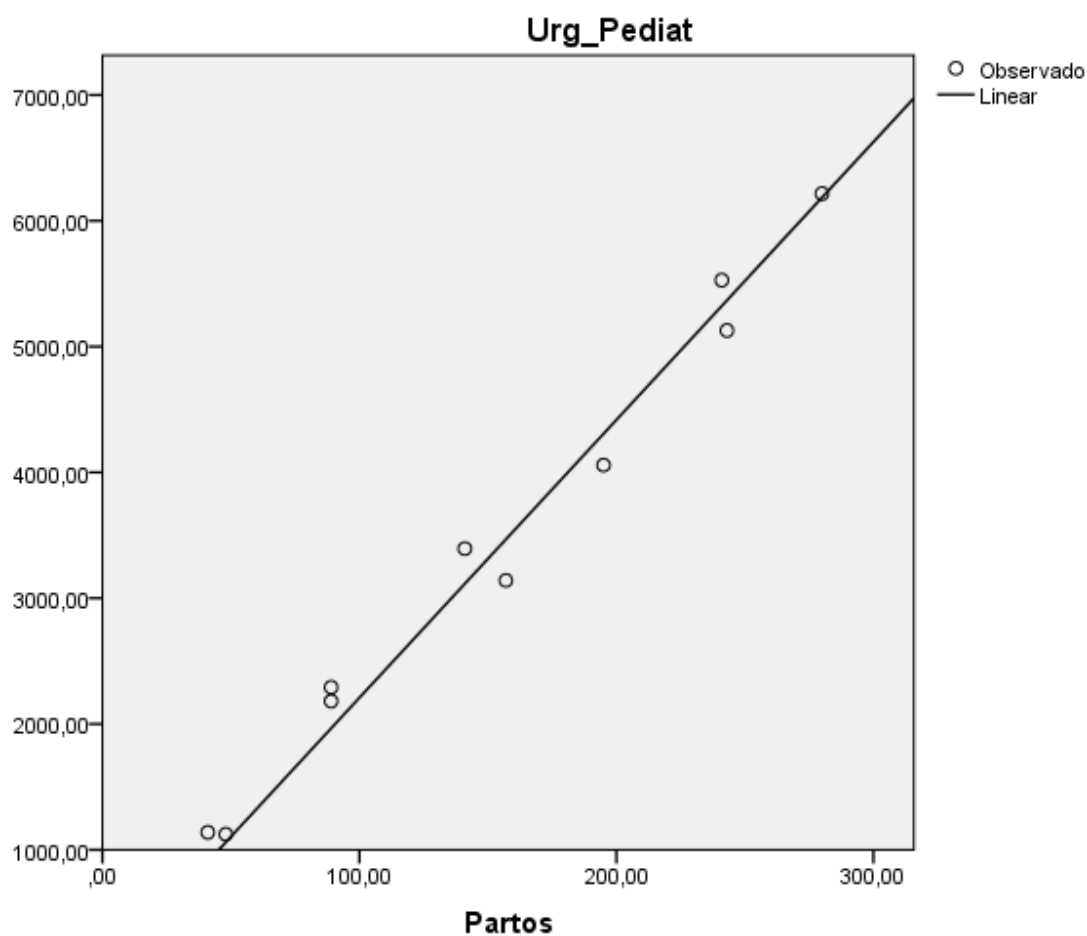
R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
,998	,996	,996	249,208

Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

As variáveis apresentam um coeficiente de correlação linear (R) positivo, ou seja existe uma correlação positiva entre o número de partos realizados e o número de atendimentos na Urgência Pediátrica. Isto significa que quando uma variável aumenta, a outra também aumenta e quando uma variável diminui a outra também diminui.

Ao analisarmos o coeficiente de determinação (R^2) verificamos que 99,6 % da variabilidade do número de atendimentos no serviço de Urgência Pediátrica da ULSG, E.P.E. é explicada pela variabilidade do número de partos realizados nesta instituição (Quadro 10).

Gráfico 43: Regressão Linear das variáveis



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

Como podemos ver no gráfico anterior (Gráfico 43), que ilustra a curva de estimação do modelo estimado anteriormente, os valores observados para as variáveis em estudo localizam-se, em geral, muito próximos da reta estimada $Y = 22,089X$.

Quadro 11: Quadro ANOVA

	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	Sig.
Regressão	145362448,135	1	145362448,135	2340,605	,000
Resíduo	558941,865	9	62104,652		
Total	145921390,000	10			

Fonte: Elaboração Própria com base nos dados da monitorização interna e do SICA

Realizando o teste F (F-Snedecor) através a Análise da Variância – ANOVA (Quadro 11), que permite estudar se a regressão linear estimada é ou não adequada, ou seja, permite estudar a existência de uma relação linear entre a variável Y (número de atendimentos na Urgência Pediátrica) e a variável X (número de partos realizados na instituição) tendo como base as seguintes hipóteses:

H_0 : a variável não é significativa;

H_1 : a variável é significativa.

Considerando um nível de significância (α) de 5% que representa a probabilidade de rejeitar H_0 quando H_0 é verdadeira e um valor p: sig.=0,000 (Quadro 11) que representa a probabilidade da amostra dar evidência que H_0 se verifica, temos que $\alpha >$ valor p (sig) então existe evidência estatística para rejeitar H_0 , pelo que a variável explicativa X contribui significativamente para explicar o modelo. Podemos então concluir que o número de atendimentos realizados na Urgência Pediátrica do serviço de Urgência dos CSD da ULSG, E.P.E. está dependente do número de partos realizados nesta mesma instituição.

Conclusão

Dada a conclusão do período estabelecido para realizar o Estágio Curricular ao qual este relatório diz respeito deve referir-se que este período foi extremamente enriquecedor e gratificante. Durante o estágio foram propostas tarefas desafiantes e motivadoras, que muito contribuíram para consolidar toda a teoria recebida durante estes três anos de aulas no IPG.

O acolhimento por parte ULSG, E.P.E. foi muito profissional e adequado. Todos os colaboradores, com os quais trabalhei direta ou indiretamente procuraram receber-me da melhor forma possível, o que contribuiu para a motivação nos primeiros tempos do estágio, em que de certa forma se releva um pouco mais difíceis e árduos pois sentimo-nos inevitavelmente perdidos e confusos com uma realidade nova e desconhecida. Ao longo do período do estágio fui-me apercebendo que adquiria cada vez mais competências na área da Gestão e também do relacionamento interpessoal no trabalho, sentindo-me assim cada vez mais preparada para concluir a minha licenciatura e encarar o futuro profissional. Tal também não seria possível sem o contributo da ESTG e de todos os docentes sempre profissionais com um trabalho de louvar que ao longo da licenciatura contribuíram para o meu crescimento gradual e ainda de uma forma muito especial o contributo da Professora Manuela Figueira Neves, enquanto docente e orientadora de estágio, sempre disponível.

Com a ajuda deste período a executar tarefas diversas no GEPAG da ULGS, E.P.E. pude confirmar que a área da Gestão é sem dúvida a área na qual me sinto bem e na qual quero crescer profissionalmente. O Estágio Curricular revela-se muito importante para a conclusão da licenciatura pois permite ao aluno perceber se realmente a área de licenciatura é a área na qual se vê futuramente a trabalhar, não só pela experiência a executar tarefas propriamente ditas mas também pelo enriquecimento profissional e pessoal que advêm da convivência com outras pessoas mais experientes, com outras visões da vida e com um leque vasto de conselhos e orientações.

As maiores dificuldades sentidas durante o estágio foram a necessidade de trabalhar a informação financeira, nomeadamente a contabilidade da entidade, que se encontra elaborada de acordo com o POC MS, uma vez que ao longo da licenciatura o ensino das áreas contabilísticas seguia o SNC.

Aconselho a todos os meus colegas a realizar o seu estágio na ULSG, E.P.E, se assim tiverem oportunidade, pois será sem dúvida uma mais-valia para o seu futuro profissional e pessoal.



Bibliografia

Artigos e Livros Consultados:

Ceitel, M. (2004). *Sociedade, Gestão e Competências*. Lisboa: Sílabo.

Marques, A. P. (1996). *Gestão de Produção: Diagnóstico, Planeamento e Controlo*. Lisboa: Texto.

Neves, J. C., Viana, L., & Alves, P. (Fevereiro de 2012). O referencial contabilístico das Empresas do Ministério da Saúde integradas no SNS. *TOC*, pp. 54-57.

Walsh, C., Dias, G., & Silva, J. F. (1999). *Rácios Fundamentais da Gestão: como analisar, comparar e controlar os números que determinam o valor da empresa*. Lisboa: Dom Quixote.

Outras Referências:

Almeida, J. (2014). Relatório de Estágio. IPG.

David, F. (2013). Apontamentos das aulas de Gestão Financeira. IPG.

Fonseca, C. (2014). Apontamentos de Análise de Dados. IPG.

Neves, M. (2012). Apontamentos das aulas de Estatística Aplicada. IPG.

Oliveira, A. (2011). Apontamentos das aulas de Organização e Estratégia. IPG.

Oliveira, A. (2012). Apontamentos das aulas de Estratégia Empresarial. IPG.

Relatório de Gestão ULSG, E.P.E., 2013 (2014).

Sequeira, A. (2014). Relatório de Estágio. IPG.

Webgrafia:

Administração Central do Sistema de Saúde. (s.d.). Obtido em 24 de Novembro de 2014, de <http://www.acss.minsaude.pt/%C3%81reaseUnidades/FinanciamentoeContratualiza%C3%A7%C3%A3o/SICA/tabid/431/language/pt-PT/Default.aspx>.

Google Maps. (s.d.). Obtido em 20 de Outubro de 2014, de <https://www.google.pt/maps/dir/Vila+Nova+de+Foz+C%C3%B4a/Unidade+Local+De+Sa%C>



3%BAde+Da+Guarda,+E.P.E,+Avenida+Rainha+Dona+Am%C3%A9lia,+Guarda/@40.8033731,7.5345701,10z/data=!3m1!4b1!4m3!4m2!1m5!1m1!1s0xd3b7faa47c070e1:0xe48914554e73e575!2m2!1d-7.14035.

Jornal A Guarda. (s.d.). Obtido em 14 de Outubro de 2014, de <http://www.jornalaguarda.com/index.php/regiao/guarda/863-dom-sancho-e-o-novo-bolo-tipico-da-guarda>.

Misericórdia de Seia. (s.d.). Obtido em 20 de Outubro de 2014, de <http://www.misericordiadeseia.pt/web/index.php/saude/unidade-de-cuidados-continuados-integrados>.

Município da Guarda. (s.d.). Obtido em 14 de Outubro de 2014, de [www.facebook.com: https://www.facebook.com/MunicipiodaGuarda/photos/a.757191357640413.1073741828.756964074329808/973881881082638105/?type=1&theater](http://www.facebook.com/MunicipiodaGuarda/photos/a.757191357640413.1073741828.756964074329808/973881881082638105/?type=1&theater).

pordata. (s.d.). Obtido em 15 de Outubro de 2014, de <http://www.pordata.pt/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Portal da Saúde. (s.d.). Obtido em 20 de Outubro de 2014, de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2011/6/uls+nordeste.htm>.

Portal de Saúde. (s.d.). Obtido em 18 de Novembro de 2014, de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/gravidez+e+sexualidade/planeamentofamiliar.htm>.

Portal Gestão. (s.d.). Obtido em 27 de Novembro de 2014, de <http://www.portalgestao.com/item/2293-r%C3%A1cios-de-liquidez.html>
(2013). *Relatório de Gestão ULSG, E.P.E.*



Rocha, A. (s.d.). *Alvim Rocha*. Obtido em 1 de Dezembro de 2014, de <http://www.alvimrocha.com/index.php?option=content&task=view&id=37&Itemid=78>.

WIKIPÉDIA. (s.d.). Obtido em 15 de Outubro de 2014, de http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%A9_da_Guarda#mediaviewer/File:Nt-se-guarda-edited.jpg.

Anexos



Anexo 1 – Contabilidade Analítica relativa aos custos do CS Guarda do 1º Semestre 2014



	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
	Realiz. 2014	Realiz. 2014	Realiz. 2014	Realiz. 2014	Realiz. 2014	Realiz. 2014
6161 - Produtos Farmacêuticos	5355.970. €	3290.670. €	5737.810. €	192.490. €	2149.090. €	5262.270. €
6162/9 - Outros materiais de consumo	4314.490. €	8039.650. €	3776.290. €	1149.0. €	5362.490. €	5691.380. €
621 - Subcontratos (Trab. Executados no Exterior)	12220.760. €	18471.840. €	26393.310. €	15881.010. €	3830.840. €	7116.110. €
6221 - F.S.E. I (electricidade, água, aquecimento...)	4664.340. €	6910.340. €	8261.380. €	3669.420. €	5852.750. €	5236.280. €
6222 - F.S.E. II (comunicação, transportes, honorários...)	478.80. €	2400.820. €	1016.930. €	1663.760. €	1576.150. €	1395.410. €
6223 - F.S.E. III (conserv., reparação, RH empresas...)	5234.520. €	4700.040. €	6978.60. €	5914.510. €	813.170. €	836.550. €
6421 - Remuneração base do pessoal	79781.890. €	80761.620. €	80785.340. €	81120.290. €	80356.640. €	7378.870. €
642211 - Horas extraordinárias	.0. €	.0. €	.0. €	.0. €	.0. €	.0. €
642221 - Noites e suplementos	.0. €	.0. €	.0. €	.0. €	.0. €	.0. €
64... - Restantes custos com pessoal	43984.410. €	44222.410. €	45285.20. €	44598.80. €	44299.980. €	27208.970. €
64 - Total de Custos com Pessoal	123766.30. €	124984.030. €	126070.540. €	125719.090. €	124656.620. €	34587.840. €
6... Restantes custos do serviço	1392.220. €	1393.860. €	1393.860. €	1393.860. €	1393.860. €	1406.40. €
6 - Total de Custos do Serviço	157427.40. €	170191.250. €	179628.720. €	155583.140. €	145634.970. €	61532.240. €

Anexo 2 – Demonstração de resultados



CUSTOS E PERDAS		
CONTAS		EXERCÍCIO
Código	Designação	Jun-14
61	Custos Merc. Vend. M. Cons.:	5.647.669.40
612	Mercadorias	
616	Matérias de Consumo	5.647.669.40
62	Fornecim e Serviços Externos	13.255.346.99
64	Custos com Pessoal	22.322.545.81
641	Remuner. órgãos directivos	122.172.86
642	Remuner. base de pessoal	17.503.550.99
643	Pensões	175.524.42
645	Encargos sobre remuner.	3.973.222.57
646	Seg acid trab doenças profiss	7.464.95
647	Encargos sociais voluntários	85.511.79
648	Outros custos com o pessoal	295.299.33
649	Estágios profissionais	159.798.90
63	Transf corr conc e prest soc	0.00
66	Amortizações do exercício	661.519.94
67	Provisões do exercício	0.00
65	Outros custos perdas operac.	31.712.86
	(A)	41.918.795.00
68	Custos e perdas financeiras	828.77
	(C)	41.919.623.77
69	Custos perdas extraordinárias	6.350.96
	(E)	41.925.974.73
86	Imposto s/rend. do exercício	0.00
	(G)	41.925.974.73
88	Resultado líquido do exercício	-2.661.972.86
		39.264.001.87

PROVEITOS E GANHOS		
CONTAS		EXERCÍCIO
Código	Designação	Jun-14
71	Vendas e Prestação de Serviços	37.737.322.11
711	Vendas	
712	Prestações de Serviços	37.737.322.11
72	Impostos, taxas e outros	20.362.75
75	Trabalhos p/ própria instituição	
73	Proveitos suplementares	36.887.96
74	Transf. Subsid. Corrent. Obtidos	215.703.29
741	Transferências - Tesouro	
742	Transferências correntes obtidas	
743	Subsid. Cor. obt. out. entes púb.	215.703.29
749	De outras entidades	
76	Outros prov./ganhos operacion.	1.214.346.43
	(B)	39.224.622.54
78	Proveitos e ganhos financeiros	10.141.16
	(D)	39.234.763.70
79	Proveitos e ganhos extraordin.	29.238.17
	(F)	39.264.001.87
RESUMO		Jun-14
RESULTADOS OPERACIONAIS		-2.694.172.46
RESULTADOS FINANCEIROS		9.312.39
RESULTADOS CORRENTES		-2.684.860.07
RESULTADOS EXTRAORDINÁRIOS		22.887.21
RESULTADO ANTES DE IMPOSTOS		-2.661.972.86
IMPOSTO S/ RENDIMENTO EXERCÍCIO		
RESULTADO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO		-2.661.972.86

Anexo 3 - Balanço



ACTIVO				
CONTAS		EXERCÍCIO		
		Jun-14		
Código	Designação	Activo	Amortizações	Activo
		Bruto	Provisões	Líquido
IMOBILIZADO				
IMOBILIZAÇÕES INCORPÓREAS				
431	Despesas de instalação	0.00	34.577.01	-34.577.01
432	Despesas de investigação e desenvolvimento	52.199.53	14.684.10	37.515.43
443	Imobilizações em curso imobiliz. Incorpóreas	11.797.50	0.00	11.797.50
Total imobilizações incorpóreas		63.997.03	49.261.11	14.735.92
IMOBILIZAÇÕES CORPÓREAS				
421	Terrenos e recursos naturais	1.108.350.42		1.108.350.42
422	Edifícios e outras construções	2.926.970.64	2.063.978.85	862.991.79
423	Equipamento básico	14.318.236.00	11.496.334.36	2.821.901.64
424	Equipamento de transporte	176.772.67	182.404.82	-5.632.15
425	Ferramentas e utensílios	34.439.44	48.173.23	-13.733.79
426	Equipamento administrativo e informático	5.429.999.47	4.932.637.66	497.361.81
427	Taras e vasilhame	350.16	350.16	0.00
429	Outras imobilizações corpóreas	624.288.40	454.243.65	170.044.75
442	Imobilizações em curso	60.240.156.06		60.240.156.06
448	Adiantam. p/ conta imobilizações corpóreas	0		0.00
Total imobilizações corpóreas		84.859.563.26	19.178.122.73	65.681.440.53
CIRCULANTE				
EXISTÊNCIAS				
36	Matérias-primas, subsidiárias e consumo	1.366.641.30		1.366.641.30
Total existências		1.366.641.30	0.00	1,366,641.30
DÍVIDAS DE CURTO PRAZO				
211	Clientes c/c	1.894.266.89		1,894,266.89
213	Utentes c/c	10.024.45		10,024.45
215	Instituições do Ministério da Saúde	23.143.729.01		23,143,729.01
218	Clientes/utentes cobrança duvidosa	568.288.54	568.288.54	0.00
229	Adiantamentos a fornecedores	172.436.04		172,436.04
2619	Adiantamentos a fornecedor imobilizado	2.300.824.16		2,300,824.16
24	Estado e outros entes públicos	315.643.46		315,643.46
267/8	Outros devedores	1.397.962.23		1,397,962.23
Total dívidas de terceiros		29.803.174.78	568.288.54	29,234,886.24
TÍTULOS NEGOCIÁVEIS				
18	Outras aplicações de tesouraria			0
Total títulos negociáveis		0	0	0
CAIXA/DEPÓSITOS INST. FINANCEIRAS				
11	Caixa	17.544.01		17,544.01
12	Depósitos em instituições financeiras	446.662.96		446,662.96
13	Conta no Tesouro	1.828.127.77		1,828,127.77
Total depósitos e caixa		2.292.334.74	0.00	2,292,334.74
ACRÉSCIMOS E DIFERIMENTOS				
271	Acréscimos de proveitos	64.428.002.37		64,428,002.37
272	Custos diferidos	9.649.30		9,649.30
Total acréscimos e diferimentos		64.437.651.67	0.00	64,437,651.67
Total de amortizações			19.227.383.84	
Total de provisões			568.288.54	
TOTAL DO ACTIVO		182.823.362.78	19.795.672.38	163.027.690.40



FUNDOS PRÓPRIOS E PASSIVO		
CONTAS		EXERCÍCIO
		Jun-14
FUNDO PATRIMONIAL:		
51	Património	13.877.236.00
RESERVAS		
574	Reservas livres	-1.521.018.20
575	Subsídios	2.133.205.13
576	Doações	495.444.88
577	Reservas decorrentes da transferência de activos	4.612.305.53
	<i>Total de reservas</i>	5.719.937.34
59	Resultados transitados	-33.089.861.55
88	Resultado líquido do exercício	-2.661.972.86
	TOTAL DO FUNDO PATRIMONIAL	-16.154.661.07
PASSIVO:		
	DÍVIDAS A TERCEIROS – M/L Prazo	0.00
	DÍVIDAS A TERCEIROS – Curto Prazo	
219	Adiantamentos de clientes, utentes e inst. MS	81.628.096.11
221	Fornecedores c/c	20.625.923.46
	Fornecedores - Facturas em Recepção e Conferência	
2311	Empréstimos obtidos	
252	Credores pela execução do orçamento	
2611	Fornecedores de imobilizado c/c	6.348.813.50
24	Estado e outros entes públicos	3.256.172.85
267/8	Outros credores	13.542.822.19
	Total de dívidas a terceiros	125.401.828.11
	ACRÉSCIMOS E DIFERIMENTOS	
273	Acréscimos de custos	18.882.223.56
274	Proveitos diferidos	34.898.299.80
	Total acréscimos e diferimentos	53.780.523.36
	TOTAL DO PASSIVO	179.182.351.47
	TOTAL F. PRÓPRIOS E PASSIVO	163.027.690.40

Anexo 4 – Demonstração de Fluxos de Caixa



Fluxos de Caixa	Jun-14
ACTIVIDADES OPERACIONAIS:	
- Recebimentos de clientes	38.585.639.69
- Pagamentos a fornecedores	12.946.825.33
- Pagamento ao pessoal	25.107.906.62
Fluxo gerado pelas operações:	530.907.74
- Pagamento/recebimento do imposto sobre o rendimento	
- Outros recebimentos relativos à act. operacional	8.033.618.96
- Outros pagamentos relativos à act. operacional	6.611.768.90
Fluxo gerado antes das rubricas extraordinárias:	1.952.757.80
- Recebimentos relacionados com rúbricas extraordinárias	0.00
- Pagamentos relacionados com rúbricas extraordinárias	1.935.00
FLUXO DE ACTIVIDADES OPERACIONAIS (1):	1.950.822.80
ACTIVIDADES DE INVESTIMENTO:	
Recebimentos provenientes de:	
Amortização de empréstimos	
Subsídios para investimentos	0.00
Proveitos e Ganhos Financeiros	12.605.17
Adiantamentos a fornecedores imobilizado	118.512.00
Pagamentos respeitantes a:	
Investimentos financeiros	
Imobilizações corpóreas	284.920.30
Imobilizações incorpóreas	
Imobilizações em curso	167.269.12
FLUXO DE ACTIVIDADES DE INVESTIMENTO (2):	-321.072.25
ACTIVIDADES DE FINANCIAMENTO:	
Recebimentos provenientes de:	
Empréstimos obtidos	
Aumentos de capital	
Subsídios e doações	
Pagamentos respeitantes a:	
Empréstimos obtidos	
Juros e custos similares	83.03
Subsídios e transferências correntes	0.00
FLUXO DE ACTIVIDADES DE FINANCIAMENTO (3):	-83.03
Variações de caixa e seus equivalentes (4) = (1) + (2) + (3)	1.629.667.52
Efeitos das diferenças de câmbio	
Caixa e seus equivalentes no início do período	1.287.521.33
Caixa e seus equivalentes no fim do período	2.917.188.85

